

A méhnyakrák szűrésen való megjelenés motivációjának vizsgálata

Doktori értekezés

Karamánné Pakai Annamária

Semmelweis Egyetem
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Balázs Péter egyetemi tanár, Ph. D.

Hivatalos bírálók:

Kovácsné Dr. Tóth Ágnes egyetemi docens, Ph. D.

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna főiskolai docens, Ph. D.

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Paulin Ferenc ny. egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Forgács Iván egyetemi tanár, Ph. D.

Dr. Marton István főorvos, Ph. D.

Budapest

2010.

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS	6
2. SZAKIRODALMI HÁTTÉR	8
2.1. AZ EGÉSZSÉG FOGALMÁNAK ÉRTELMEZÉSÉRŐL, VÁLTOZÁSÁRÓL	8
2.2. AZ EGÉSZSÉGÉRTÉK SZEREPE AZ EMBER EGÉSZSÉG-MAGATARTÁSÁBAN.....	9
2.3. AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS FOGALMA	10
2.4. EGÉSZSÉGRE KEDVEZŐ, ILLETVE KEDVEZŐTLEN MAGATARTÁS.....	11
2.5. AZ EGÉSZSÉGVISELKEDÉS DEMOGRÁFIAI MEGHATÁROZÓI	12
2.6. AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS PSZICHOLÓGIAI MODELLEI.....	13
2.6.1. <i>Egészségihiedelem modell.....</i>	<i>13</i>
2.6.2. <i>Az ésszerű cselekvés elmélete.....</i>	<i>13</i>
2.7. AZ EGÉSZSÉGVISELKEDÉSEK JELENTŐSÉGE	14
2.8. AZ EGÉSZSÉGGKULTÚRA FOGALMI RENDSZERE	14
2.8.1. <i>A magyar lakosság egészségkultúrája</i>	<i>14</i>
3. EPIDEMIOLOGIAI VISZONYOK A MÉHNYAKRÁK VONATKOZÁSÁBAN.....	16
3.1. MÉHNYAKRÁK-MORTALITÁSI MUTATÓK ISMERTETÉSE NEMZETKÖZI KITEKINTÉSBEN	16
3.2. HAZAI MÉHNYAKRÁK-HALÁLOZÁSI MUTATÓK	17
3.3. A MÉHNYAKRÁK SZŰRŐVIZSGÁLAT VÉGZÉSÉNEK CÉLJA ÉS FELTÉTELEI	19
3.3.1. <i>Szűrővizsgálatok</i>	<i>19</i>
3.3.2. <i>Szűrési kritériumok</i>	<i>19</i>
3.4. EGYES ÁLLAMI MÉHNYAKRÁK-SZŰRÉSI PROGRAMOK ÉS IRÁNYELVEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA	23
3.4.1. <i>Az ausztráliai szűrőprogram rövid bemutatása</i>	<i>23</i>
3.4.2. <i>Szűrési irányelvek az Amerikai Egyesült Államokban</i>	<i>25</i>
3.4.3. <i>Az angol National Health Service sikertörténete a méhnyakrák szűrés kap- csán.....</i>	<i>26</i>
3.4.4. <i>Összefoglalás az európai államok szűrőprogramjairól</i>	<i>27</i>
3.5. HAZAI HELYZETKÉP A MÉHNYAKRÁK SZŰRÉSÉRŐL.....	29
3.5.1. <i>Rövid történeti áttekintés</i>	<i>29</i>
3.5.2. <i>A szűrés korszerűsítése és a jelenlegi helyzet.....</i>	<i>31</i>
3.5.3. <i>A népegészségügyi szűrővizsgálat menete hazánkban</i>	<i>32</i>
3.5.4. <i>A méhnyak-szűrés egészség-gazdaságtani értékelésének eredményei.....</i>	<i>33</i>
3.5.5. <i>A méhnyakrák szűrés eredményei az ÁNTSZ jelentések alapján.....</i>	<i>36</i>
4. POPULÁCIÓS ÉS KÖZÖSSÉGI SZINTŰ BEAVATKOZÁSOK PREVENCIÓS CÉLLAL A MÉHNYAKRÁK SZŰRÉSESEK KAPCSÁN.....	38
4.1. A POPULÁCIÓ RÉSZVÉTELE A MÉHNYAKRÁK SZŰRÉSEN.....	38
4.2. EGÉSZSÉGNEVELÉS, TÖMMEGKÖZÖSSÉGI SZEREPE A RÉSZVÉTEL NÖVELESÉBEN.....	39
4.3. CSOPORTOS EDUKÁCIÓS PROGRAMOK	42
4.4. KISEBBSÉGI CSOPORTOK RÉSZVÉTELE A MÉHNYAKSZŰRÉSEN	43
5. CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK.....	44
6. MÓDSZER.....	47
6.1. MINTAVÉTEL	47
6.1.1. <i>Laikus felmérés</i>	<i>47</i>
6.1.2. <i>Ápolói felmérés</i>	<i>48</i>
6.2. ADATGYŰJTÉSI MÓDSZEREK ÉS ESZKÖZÖK	49
6.2.1. <i>A laikus kérdőív kérdéscsoportjainak ismertetése.....</i>	<i>49</i>
6.2.2. <i>Az ápolói kérdőív kérdéscsoportjainak bemutatása.....</i>	<i>50</i>
6.2.3. <i>Adatbevitel</i>	<i>51</i>
6.2.4. <i>A mérőeszköz megbízhatóságának kritériuma</i>	<i>52</i>
6.2.5. <i>A kérdőív nyelvi validálása és kulturális adaptálása.....</i>	<i>53</i>
6.3. A STATISZTIKAI ELEMZÉS MÓDJA	54
6.3.1. <i>Faktoranalízis a motiváció kérdéscsoportjainak vonatkozásában</i>	<i>54</i>

7. EREDMÉNYEK LAIKUS NŐK KÖRÉBEN.....	57
7.1. SZOCIO-DEMOGRÁFIAI ADATOK.....	57
7.2. AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖNÉRTÉKELÉSE, SZAKEMBERREL VALÓ KAPCSOLATTARTÁS.....	59
7.3. ISMERETEK A NEMZETI PROGRAMRÓL.....	61
7.4. RÉSZVÉTEL A NŐGYÓGYÁSZATI SZŰRÉSEN.....	62
7.5. PRIVÁT SZAKORVOS SZEREPE A SZŰRÉSBEN.....	66
7.6. A MEGJELENÉS MOTIVÁCIÓJÁNAK VIZSGÁLATA LAIKUS NŐK KÖRÉBEN.....	67
7.6.1. A motiváció skála kérdéseinek bemutató elemzése.....	67
7.6.2. A motivációs kérdéskör összefoglaló elemzése.....	75
7.7. BEHÍVÓ LEVÉL.....	80
7.8. NŐGYÓGYÁSZATI TÁRGYÚ ELŐADÁSON VALÓ RÉSZVÉTEL.....	82
7.9. A SZŰRŐVIZSGÁLAT HELYSZÍNE, LÉGKÖRE.....	83
8. EREDMÉNYEK AZ ÁPOLÓNŐK KÖRÉBEN.....	85
8.1. SZOCIO-DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐINEK LEÍRÁSA.....	85
8.2. SZUBJEKTÍV EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGMAGATARTÁS, EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREKSEL VALÓ KAPCSOLATTARTÁS AZ ÁPOLÓNŐK KÖRÉBEN.....	86
8.2.1. Az egészségi állapot önértékelése.....	86
8.2.2. Aktivitás az egészség fenntartására.....	87
8.2.3. Betegségek előfordulása a válaszadók és szűkebb környezetük körében.....	88
8.2.4. Szakemberrel való kapcsolattartás.....	88
8.3. RÉSZVÉTEL A NŐGYÓGYÁSZATI SZŰRÉSEN.....	89
8.3.1. Résztvételi gyakoriság.....	89
8.3.2. Résztvételi gyakoriság az ismeretszinthez viszonyítva.....	90
8.4. PRIVÁT SZAKORVOS SZEREPE.....	91
8.5. MOTIVÁCIÓ.....	92
8.6. BEHÍVÓ LEVÉLLEL SZEMBENI ELVÁRÁSOK.....	96
9. MEGBESZÉLÉS.....	98
9.1. SZOCIOKULTURÁLIS HÁTTÉR.....	98
9.2. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT.....	98
9.3. A NEMZETI PROGRAM ISMERETE. A NYEREMÉNYJÁTÉK ÉS A MÉDIA SZEREPE A SZŰRÉSEN VALÓ RÉSZVÉTEL FOKOZÁSÁBAN.....	102
9.4. NŐGYÓGYÁSZATI SZŰRÉSEN VALÓ RÉSZVÉTEL.....	103
9.5. MOTIVÁCIÓ.....	105
9.5.1. A behívó levél szerepe a megjelenési arány növelésében.....	105
9.5.2. A nyereményjáték.....	107
9.5.3. A szűrés megfelelő időpontjának megválasztása.....	108
9.5.4. Előadás iránti igény.....	109
9.5.5. Az egészségügyi személyzet (szülész-nőgyógyász szakorvos, háziorvos, védőnő) szerepe a méhnyakrák-szűrésben.....	112
9.6. A TÁVOLMARADÁS OKAI.....	117
9.7. PRIVÁT SZAKORVOS SZEREPE A SZŰRŐVIZSGÁLATOKBAN.....	120
9.8. A VIZSGÁLAT ERŐSSÉGEI ÉS KORLÁTAI.....	122
9.9. HIPOTÉZISEK ÉS EREDMÉNYEK.....	123
10. KÖVETKEZTETÉSEK.....	125
10.1. AZ EREDMÉNYEK HASZNOSÍTHATÓSÁGA.....	127
11. ÖSSZEFOGLALÁS.....	131
12. ANGOL NYELVŰ ÖSSZEFOGLALÁS.....	132
13. FELHASZNÁLT IRODALOM.....	133
14. SAJÁT KÖZLEMÉNYEK.....	149
15. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	153
MELLÉKLET.....	154

Rövidítések jegyzéke

ACS=American Cancer Society (Amerikai Rák Társaság)

AGUS= atypical glands of undetermined significance (atípusos mirigyek nem meghatározható jelentőséggel)

ÁNTSZ= Állami és Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat

ASCUS= atypical squamous cells of undetermined significance (atípusos laphámsejtek nem meghatározható jelentőséggel)

ASR= Age-standardized rate per 100.000 women (korösszetételre standardizált arányszám, százezrelékben)

CI = konfidencia intervallum

EPE=Egészségporta Egyesület

EüM=Egészségügyi Minisztérium

EU=Európai Unió

Exp(B)= esélyhányados

HPV= Humán Papillomavírus

IARC=International Agency for Research on Cancer (Nemzetközi Rákkutatási Szervezet)

KSH=Központi Statisztikai Hivatal

NHS=National Health Service (Egyesült Királyság, Nemzeti Egészségügyi Szolgálat)

MESZK= Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

MSZSZ=Mozgó Szakorvosi Szolgálat

N = esetszám

NHMRC =National Health and Medical Research Council (Egészségtudományi és Orvosi Kutatások Nemzeti Tanácsa, Ausztrália)

NM =Népjóléti Minisztérium

NS = nem szignifikáns

OECD= Organisation for Economic Co-operation and Development (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet)

OEP=Országos Egészségbiztosítási Pénztár

OGY=Országgyűlés

OSZMK=Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ

OTH= Országos Tisztifőorvosi Hivatal

SD = standard deviáció (szórás)

SPSS = Statistical Package for the Social Sciences (statisztikai programcsomag társadalomtudományi használatra)

SRH = self-rated health (egészségi állapot önbecslése, önértékelése)

rho= Spearman-korrelációs együttható

χ^2 -próba=Chi-négyzet-próba

WHO = World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

1. Bevezetés

Kutatási területemet a népegészségügy és az egészségpolitika szempontjából is kiemelkedő jelentőségű nőgyógyászati szűrővizsgálat tárgyköréből választottam. A méhnyakrák gyakoriságát tekintve a nők második leggyakoribb rosszindulatú daganata a világon. Európában a harmadik helyet, a fejlődő országokban az első helyet foglalja el. Hazánkban közel fél évszázada teszünk erőfeszítéseket a méhnyak szűrésére. Míg a világ fejlett országaiban sikerült a halálozási mutatók csökkentésére, Magyarországon pozitív irányú elmozdulás nem történt. Közel azonos számban, évente átlagosan 500-an halnak meg ebben a nőgyógyászati betegségben, így 2004-ben 493 fő veszítette életét, közel annyian, mint 33 évvel korábban (484 fő), 1971-ben (KSH 2008).

Az életkorhoz kötött opportunisztikus méhnyak szűrést már az 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet lehetővé tette a 25-55 éves nőknek évente, az 55-65 év közöttieknek pedig két évente. A szűrési eljárást „nőgyógyászati onkológiai szűrés, különös figyelemmel a méhnyak-elváltozások szűrésére” formában határozta meg a jogalkotó, elvégzésére pedig a nőgyógyászati szakrendelést jogosította fel. Ezt a vizsgálatot népegészségügyi célú szervezett szűréssé 2003. július 24-től minősítette át a jogszabály. Változott ugyan a szűrés gyakorisága, 1 évről 3 évre, az eljárás azonban változatlan maradt, nevezetesen: *„egyszeri negatív eredményű szűrővizsgálatot követően háromévenként, nőgyógyászati onkológiai méhnyakszűrés, különös figyelemmel a méhnyakelváltozások sejtvizsgálatára (citológia) és kolposzkópos vizsgálatára”* (Állami Számvevőszék 2008).

Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja (46/2003 [IV.16.] OGY határozat) az összes daganatos halálozás 10%-os csökkentését tűzte ki célul, ezen belül azonban a méhnyakrák miatti halálozás 50%-os (250 fő) csökkentése volt a cél 2010-ig. Ennek eléréséhez azonban nem készült olyan stratégia, amelyben az egészségügyi tárca lépésről lépésre, évenkénti bontásban kidolgozta volna az időbeli ütemezést és az intézkedések sorrendjét. Magyarországon a szervezett méhnyak szűrés vizsgálati módszere csak részben követi a nemzetközi szakmai szervezetek által ajánlott eljárási rendet. Hagyományaink azért nem felelnek meg a nemzetközi gyakorlatnak, mert a szűrést nőgyógyász szakorvosok végzik komplex nőgyógyászati vizsgálat keretében. Ez a módszer nem költség-hatékony, mert a vizsgálat drágább, mintha egy erre a feladatra kiképzett szakasszisztens végezné el. A nemzetközi szervezetek szakmai ajánlása és a legtöbb európai ország gyakorlata szerint ilyen asszisztensek végzik a mintavételt. A

kenetet patológiai laborban értékelik, és csak akkor kerül a beteg a nőgyógyászhoz, ha eltérést észlelnek a negatív állapothoz képest. Ez az eljárási rend felel meg legjobban az epidemiológiai bizonyítékon alapuló méhnyakszűréssel szemben támasztott standard követelményeknek: olcsó, gyors és hatékony a betegség felismerésében. Egyéb szervek szűrővizsgálatának (méhtest, petefészek) hatásossága nem bizonyított. Jóllehet, a hazai módszertan nemzetközi gyakorlathoz való igazítását az ÁNTSZ többször javasolta az ágazati irányításnak, döntés nem született ebben a kérdésben. A méhnyakszűrés, az országos részvételi arányok (4,02-6,57%) ismeretében, mint szervezett népegészségügyi szűrés nem eredményes, nem hatékony és feltétlenül beavatkozást igényel (Állami Számvevőszék 2008).

Értekezésem az egészség, egészségmagatartás fogalmi rendszerének és a szűrővizsgálatokkal kapcsolatos legfontosabb pszichológiai modelleknek a bemutatásával és a méhnyakrák nemzetközi és hazai mortalitási mutatóinak ismertetésével kezdem. Ezt követően a külföldi és hazai méhnyakrák szűrési programok áttekintésére és a hazai szűrővizsgálatok gazdasági mutatóinak rövid összefoglalására kerül sor. A szakirodalmi összefoglalót a méhnyak szűrésen való megjelenés populációs és közösségi szintű beavatkozásait befolyásoló társadalmi, szociálpszichológiai, egészségkultúrális háttértényezők tárgyalásával zárom.

A dolgozat második részében a 2007-2008 között Zalaegerszegeen és a város vonzáskörzetében élő nők nőgyógyászati szűrése kapcsán végzett vizsgálataimat ismertetem a szűréssel szembeni motivációkról és távolmaradások okairól. A magyar viszonyok nemzetközi összehasonlítása érdekében, szakmai kapcsolataim révén a párhuzamosan végzett nyugat-ausztráliai és németországi mintán nyert eredményeimet is bemutatom. Végül pedig javaslatot teszek eredményeim lehetséges alkalmazási területeire és a prevenció tevékenységben való hasznosítására.

2. Szakirodalmi háttér

2.1. Az egészség fogalmának értelmezéséről, változásáról

A legősibb egészségfelfogások fő jellemzője a holisztikus szemléletmód, amely egységben kezeli az egyénen belüli, az emberek közötti és a környezettel kapcsolatos egyensúlyi állapot kérdését.

Az 1800-as években az európai kultúra egészségfelfogásban fordulat következett be. A természettudományok és az orvostudomány fejlődésének következtében a holisztikus szemléletmód helyett a figyelem az egészség biológiai, társadalmi alkotóelemeire irányult. Ennek eredményeképp egyes kutatók az egészséget úgy határozzák meg, mint az ahhoz szükséges minőségek, illetve testi-lelki betegségek hiányát (Blayter és mtsai 1982). Elképzelésük szerint nem tekinthető egészségesnek az, aki valamilyen testi abnormalitással él. Ebben a megközelítésben azok a tartalmi jegyek kapnak elsődleges szerepet, amelyek jelenléte esetén egészségről már nem beszélhetünk. Így végeredményben a fogalom tényleges jellemzőiről keveset tudunk meg. Ez a megközelítés az úgynevezett negatív egészségdefiníciók közé sorolható, hiszen az egészséget olyan fogalomként határozza meg, amelyet inkább a „nincs” jellemez, mintsem az, ami „van”. Ezzel szemben a pozitív egészségfelfogások sorát gazdagítja *Parsons* (1972) egészségre vonatkozó megfogalmazása, mely szerint valaminek vagy valamiknek a létezése utal az egészségre. Az egészség pozitív megközelítése egyfajta fizikai és mentális egyensúlyi állapotot határoz meg, amelynek birtokában az egyén hatékonyan képes megfelelni azoknak a társadalmi szerepeknek, amelyeket szűkebb és tágabb környezete elvár tőle. Eszerint az egészség egyrészt egyfajta attitűdként értelmezhető, és az egyén azon törekvéseit és készségeit foglalja magában, amelyek a változó körülményekhez való folyamatos alkalmazkodásban segítenek. Másrészt azon faktorok összességének is tekinthető, amelyek segítik az egyént személyes ereje maximális kifejtésében és hasznosításában.

A pozitív egészségdefiníciók ma leggyakrabban használt változata a WHO 1948-as megfogalmazása: „Az egészség a teljes fizikális, mentális és szociális jólét állapota, nem pedig pusztán a betegségek és bántalmak hiánya.” (Ewles és mtsai 1999). Ezt a meghatározást több kritika is érte. Egyrészt azért, mert statikus nézőpontból mutatja be az egészséget, jóllehet az életet és az életjelenségeket a folyamatos változás jellemzi. Másrészt túlzottan ideális állapotot ír le, hiszen nem mindig érezzük magunkat igazán a

teljes jólét, illetve jóllét állapotában. A WHO 1948-as definíciójának pozitívuma azonban, hogy utal az egészség holisztikus tulajdonságára, ugyanis a biológiai mellett elismeri a szociális és lelki faktorok szerepét is.

A mai egészségfelfogások közös jellemzője, hogy bio-pszichoszociális szemléleten alapulnak (Meleg 2002). A WHO Ottawai Egészségmegőrzési Nyilatkozata (1986) az egészséget nemcsak passzív, megőrzendő állapotnak, hanem fejleszhető értéknek is tekinti, feltételezve, hogy vannak olyan összetevői – mint például teljesítmény, ismeretek, alkalmasság – amelyek növelhetők, illetve fokozhatók (Buda 1991; Tényi és mtsai 1997). „Az egészség olyan állapot, amelyet az anatómiai integritás, a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi, munka- és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jólét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez.” (Tringer 2002). Ennek megfelelően az egészség megőrzése is folyamatos küzdelem, kihívásoknak való megfelelés, melyben fontos kiemelni az egyén felelősségét, illetve azt, hogy az egészség megőrzése folyamatos aktivitást igényel (Ewles és mtsai 1999; Pál és mtsai 2005).

2.2. Az egészségérték szerepe az ember egészség-magatartásában

Az értékek jelentős része a szocializáció során jön létre. Így a család mint elsődleges szocializációs közeg jelentős szerepet tölt be az értékek kialakításában és rendszerré szerveződésében. Az ezt követő szocializációs színtér az óvoda és az iskola. Az iskolai egészségnevelés során sem elég önmagában az egészségértékre koncentrálni, hanem meg kell keresni azok az érdemi személyiségkomponenseket is, amelyekkel együtt várható el az életmódban is tükröződő hatás, valamint a megváltozott tevékenység. Itt elsősorban a mentálhigiénével, az interperszonális kapcsolatok minőségével, a konfliktuskezelés rugalmasságával összefüggő értékrendszerekre gondolunk. Kedvező életmódváltoztatás is csak akkor remélhető az egyéntől, ha az egészségérték ezen támogató értékrendszerbe egymást kölcsönösen erősítő módon épül be (Meleg 2002).

Egészségünk fejlesztéséhez, a korszerű, dinamikus egészségfogalomhoz az alábbi értékek köthetők: egyéni felelősség, közösségi szemlélet, interdiszciplinaritás, civil szervezetek, szubszidiaritás, egyéni és közösségi öntevékenység és a helyi kezdeményezések integrációja (Tringer 2002). Amikor cselekedeteinket, magatartásunkat, gondolkodásunkat és érzelmeinket értékeink befolyásolják, azok nem egymástól elszigetelten, függetlenül fejtik ki hatásukat. Az értékek ugyanis az emberben komplex értékrendszerré

formálódnak, így a beépülő értékek megnyilvánulása attól függ, hogy az egyén domináns értékrendjében hol helyezkednek el, milyen más értékekkel együtt erősítik vagy gyengítik egymást. Az egészség vonatkozásában ez úgy értelmezhető, hogy bár az egészség előkelő helyen áll a rangsorban, ugyanakkor különböző értékrendszeri beágyazódása következtében az egyén magatartásában más és más módon juthat kifejezésre. Ennek következtében válik életmódunk egészségessé vagy egészségtelenné. Életvitelünkre vonatkozó döntéseinket az értékrendszerünkben adódó értékítéletek alapján hozzuk meg. Ezért egészségesen élni nem egyenlő azzal, hogy az egészséget mint értéket önmagában elfogadjuk. Az egészséges életvitel sokkal inkább azon az értékrendszeren alapul, amellyel a bennünket körülvevő világhoz viszonyulunk (Pál és mtsai 2005).

2.3. Az egészségmagatartás fogalma

Az egészségviselkedés, vagy egészségmagatartás olyan cselekvések összessége, melyek hatással lehetnek az egészségünkre, amíg még egészségesek vagyunk (Baum és mtsai 1997). A klasszikus definíció szerint *„bármely olyan aktivitás, amit a személy hite szerint az egészsége érdekében tesz azért, hogy betegséget előzzön meg vagy betegséget azonosítson még annak tünetmentes szakaszában”* (Kasl és mtsai 1966). Ez a meghatározás a magatartás olyan irányultságát hangsúlyozza, amelyet a betegségek elkerülésének célja vezérel. Urbán publikációjában fontos kritikaként fogalmazza meg, hogy ez a meghatározás elsősorban a megelőzés (prevenció) szempontjait hangsúlyozza, az egészségfejlesztés gondolatának teljes mellőzésével (Urbán 2001).

A szakirodalom ennél szélesebb értelemben használja a fogalmat. Matarazzo az egészségmagatartás két típusát különítette el, amelyek a magatartás irányultságát, lehetséges következményeit is tükrözik. Az egyik az egészség megtartását szolgáló, *immunogén egészségmagatartás* vagy preventív egészségmagatartás (Matarazzo 1980; Pikó 2006). Ilyen például a táplálkozáskontroll, a rendszeres sportolás. A másik az egészségkockázati magatartás, amely lényegében *patogén egészségmagatartás*. Ebbe a kategóriába tartoznak a káros szenvedélyek. A két csoport viszonya alapján az immunogén egészségmagatartás lehet passzív, amennyiben az egyén tartózkodik például az alkoholfogyasztástól, és lehet aktív, ami tudatos döntés eredménye és aktív hozzáállást igényel, mint például a helyes táplálkozás és a rendszeres sportolás (Pikó 2006).

2.4. Egészségre kedvező, illetve kedvezőtlen magatartás

Az áttekintett forrásokban megjelenő, a pszichológiai meghatározók mentén vizsgált, egészségre kedvező viselkedéseket az 1. számú melléklet foglalja össze.

- **Új magatartásadoptációt igénylő cselekvések, szemben a régi magatartás modifikációjával:** Az egészséget érintő magatartások különböznek egymástól abban, hogy mennyibe kívánják egy viselkedés adoptálását, és mennyiben kívánják egy viselkedés megváltoztatását. Az adoptáció esetében a személynek egy új, számára esetleg teljesen szokatlan cselekvést kell az életébe beiktatni, úgy mint például *a szűrővizsgálatokon való megjelenés*, vagy a test önvizsgálata. A magatartás módosítását megkívánó egészségmagatartás esetében már meglévő szokások, magatartások megváltoztatása vagy a cselekvés gyakoriságának csökkentése szükséges. Ilyenek például a modern táplálkozási elvek elsajátítása.
- **Átmeneti versus állandó/gyakori cselekvések:** Vannak olyan cselekvések, amelyekre viszonylag ritkán, esetleg a személy életében csak egyszer van szükség (genetikai szűrővizsgálat), és vannak olyanok, amelyeket a személyeknek nap mint nap nagy gyakorisággal kellene végezni (táplálkozási szabályok követése). Az egészségmagatartás így elkülönített két csoportja között az a legfontosabb pszichológiai különbség, hogy az állandó/gyakori cselekvés fenntartása a személyiség önszabályozó folyamatait veszi igénybe. Ezzel szemben az átmeneti/ritka cselekvések ilyen szabályozást nem igényelnek, az esetükben más folyamatok játszanak szerepet.
- **Az egészséget veszélyeztető tényező közvetlen elkerülése, szembeállítva az egészséget elősegítő, illetve fejlesztő magatartásokkal:** Az egészségmagatartások között találunk olyanokat, amelyek közvetlen veszélyeket hárítanak el, úgy mint például *a szűrővizsgálaton való megjelenés*. Ezekkel szemben vannak olyanok is, amelyek általában nem közvetlen veszélyt hárítanak el, hanem az egészség fejlesztésében játszanak jelentős szerepet. Ilyen például a higiénés szabályok követése.
- **Jól meghatározott cselekvések versus homályos cselekvéskategóriák:** Az egészségmagatartással kapcsolatban változik a magatartás meghatározottságának mértéke. Egyes egészségmagatartások, pl a tüdő-, vagy *méhnyakrákszűrésen való megjelenés* általában jól meghatározott, viszonylag egyszerű viselkedésszekvenciát igényelnek, mások, mint például a helyes táplálkozás nehezen megragadható, gyakran komplex

döntéseket, tevékenységeket kívánják meg (Carver és mtsai 1990; Urbán 2001; Juhász 2003).

2.5. Az egészségviselkedés demográfiai meghatározói

Harris és Guten szerint az egészségvédő viselkedést az emberek azért tanúsítják, hogy védjék, elősegítsék, vagy fenntartsák egészségüket, függetlenül az általuk észlelt egészségi állapottól, és attól, hogy az adott viselkedés objektívan hatékony-e (Harris és mtsai 1979; Kulcsár 1998). Sarafino három tényezőt emel ki a demográfiai faktorok közül, melyek szerinte elsődleges fontosságúak az egészségviselkedés meghatározásában, vagyis befolyásolják az egészségmegőrző, egészségfejlesztő tevékenység mennyiségét és minőségét.

- **Társadalmi-gazdasági helyzet:** a vizsgálatok tanúsága szerint az alacsonyabb szocio-ökonómiai státus alacsonyabb várható élettartammal és több egészségkárosító viselkedéssel társul. Az okok lehetnek egyrészt az alacsonyabb társadalmi osztályokra jellemző rosszabb egészségzokásokban, a döntően külső kontrollosságban (vagyis kevésbé hisznek abban, hogy az egyén aktívan elősegítheti saját egészségét), illetve a betegségek kockázati tényezőiről való ismeretek hiányában, az alacsonyabb iskolázottsággal összefüggésben.
- **Életkor:** a magzat egészségi állapota még döntően az anya egészségviselkedésének függvényében alakul. Kisgyermek esetében fontos feladat a baleseti kockázattal járó viselkedések gátlásának kialakítása, ekkor alakíthatóak ki az egészségviselkedés sokszintű összetevői. Felnőttkorban az életkorral párhuzamosan növekszik a tudatos egészségviselkedés-formák aránya.
- **Nem:** közismert tény, hogy a nők átlagos élettartama meghaladja a férfiakét. Az okok egyrészt biológiaiak: a női nemi hormonok serkentik az immunrendszer működését, a fiúknál magasabb a csecsemőhalandóság; másrészt viselkedésbeliek: fiúk gyakrabban szenvednek balesetet, a férfiak többen dohányoznak, több alkoholt fogyasztanak, gyakrabban választanak veszélyesebb munkahelyet és szabadidős tevékenységet maguknak. Egyesek a különbséget evolúciós biológiai okokkal magyarázzák, melyek szerint a nők hosszabb várható élettartamának adaptív szerepe van, lévén, hogy ők nevelik fel a gyermekeiket, a férfiak „csak” az utód nemzésben nélkülözhetetlenek (Sarafino 1990; Kulcsár 1998; Juhász 2003).

2.6. Az egészségmagatartás pszichológiai modelljei

2.6.1. Egészség-hiedelem modell

Az egészségmagatartás legismertebb modellje az egészség-hiedelem-modell (Rosenstock 1974; Janz és mtsai 1984). Célja a preventív egészségviselkedés és a betegszerep viselkedés előrejelzése. Az eredeti modell szerint az egészségmagatartás valószínűsége a következő hiedelmek alapján határozható meg:

- az egészség veszélyeztetettségének észlelt súlyossága
- a betegséggel kapcsolatban észlelt veszélyeztetettség
- a betegséget megelőző cselekvésből származó észlelt nyereség
- a cselekvéssel szembeni akadályok, illetve a cselekvéssel együttjáró „költségek”

Későbbiekben a további tényezőkkel bővült a modell: általános egészségmotiváció, demográfiai változók, pszichoszociális változók, valamint a cselekvésekre indító jelzések (tünetek megélése, egészségkommunikáció)(Urbán 2001). A modell szerint annál valószínűbb, hogy valaki egészségvédő viselkedésbe kezd, illetve ha beteg, betartja az orvosi utasításait, minél magasabb az észlelt hajlam, az észlelt fenyegetettség, az előnyök és a költségek aránya, és minél több akcióra készítő jelzés van jelen (Rosenstock 1966; Becker és mtsai 1975). Az értékelők szerint a modell jól előrejelezte például a *rákszűrésen való részvételt a nőknél*. A kritikák szerint a modell nem veszi figyelembe az egészségünkre ható társas és környezeti tényezőket, feltételezi, hogy az emberek racionálisan viselkednek, s ez nem feltétlenül igaz (Juhász 2003).

2.6.2. Az ésszerű cselekvés elmélete

Ezt a modellt nem kifejezetten az egészségviselkedések magyarázatára alkották meg, de nagyon sok vizsgálatban erre használták fel. A modell lényege, hogy a viselkedés közvetlen meghatározója a szándék az adott cselekvés végrehajtására. Ez a szándék pedig három tényező függvénye:

- **A viselkedéssel kapcsolatos attitűd:** hogyan értékeli a személy a viselkedés végrehajtásának következményeit
- **A szubjektív normáé:** észlelt szociális nyomás az adott viselkedés végrehajtására, vagy végre nem hajtására (személy szerint a számára fontos emberek helyeselnék-e).
- **Az észlelt kontroll mértékéé:** a személy véleménye szerint mekkora kontrollja van a kívánt eredmények felett (Ajzen és mtsai 1980).

Ez a három változó egymástól függetlenül növeli a szándékot az adott viselkedés (pl. fogyókúrázás) megvalósítására. Azonban a viselkedés kivitelezését a szándékon kívül egy sor tényező befolyásolhatja (pl. a szükséges források hiánya, egyéni különbségek, természeti csapások, stb), s egyes kritikusok szerint ezek az „egyéb” tényezők olyan nagyszámúak, hatásukban jelentősek és az elméletből nem befolyásolható a megjelenésük, hogy gyakorlatilag megszűnik a modell prediktív ereje az emberi viselkedésre nézve. A modellt sok empirikus próbának vetették alá, s többek között azt találták, hogy a szándéknak csak mérsékelt hatása volt a tényleges viselkedésre, utóbbi a modell elemei közül egymagában legjobban az észlelt kontroll mértéke jelezte előre (Sarver 1983; Schifter és mtsai 1985; Juhász 2003).

2.7. Az egészségviselkedések jelentősége

Becslések szerint a vezető halálokok miatt bekövetkező halálozások 50%-áért a viselkedés tehető felelősé. Hét vezető halálokok – szívbetegség, daganatos betegségek, stroke, autóbaleset, cukorbetegség, májzsugor, érlemeszesedés – jelentősen csökkenthető volna öt viselkedési forma megváltoztatásával. Ezek: a dohányzás, táplálkozás, alkoholfogyasztás, testedzés, magasvérnyomás-gyógyszer szedése szükség esetén. Belloc és Breslow hétezer felnőttel folytatott követéses vizsgálatukban hétféle személyes egészségviselkedést azonosítottak, amelyek szoros kapcsolatban álltak a fizikai egészséggel. Ezek: hét-nyolc órás alvás, majdnem mindennap reggelizni, sohasem dohányozni, ritkán enni étkezések között, normál testsúly, kevés alkoholfogyasztás vagy teljes absztinencia, rendszeres testedzés (Baum és mtsai 1997).

2.8. Az egészségkultúra fogalmi rendszere

Az egészségkultúráltság maga az életmód. Az elsajátított életmód jelenti azt a mechanizmust, amely az objektív társadalmi kultúra, valamint a társadalomban létező egyének egészségi állapota között közvetít. Az egyén életmódja révén szabályozhatja, optimalizálhatja egészségi állapotát, életmódjával eléגיetheti ki egészségével kapcsolatos szükségleteit. Ugyanakkor az egészségi állapot visszahat az életmódra, azzal elszakíthatatlanul összefügg, így szintén része az egészségkultúráltságnak (Elekes 1999).

2.8.1. A magyar lakosság egészségkultúrája

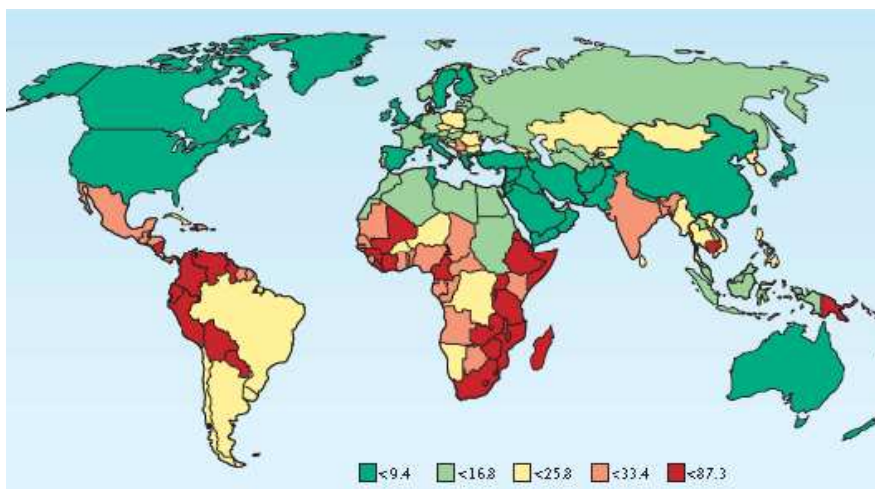
A magyar társadalomra jellemző, hogy az egészséggel kapcsolatos értékek erőteljesen háttérbe szorulnak. Ennek alapvető okai:

- A magyar társadalom *jelorientált*, ami a társadalmi-gazdasági változások elmúlt évszázadokban és a közelmúltban tapasztalt intenzív folyamataiból, a társadalmi anómia gyakori jelentkezéséből, a kulturális átalakulások folyamatosan újratezdő szellemiségéből adódik. Az értékek rangsorában a hedonisztikus értékek, amelyek éppen az egészségértékek ellenében hatnak, szignifikánsan erősebbek, mint az utóbbiak.
- A magyar társadalom *gazdaságilag* nem, illetve nem eléggé érdekelt az egészségmegőrzésben. Ebben azonban igen gyors változások szemtanúi vagyunk, hiszen az egészségügyi ellátások költségei, másfelől a munkaképtelenség munkahelyet veszélyeztető jellege, a szociális ellátások szűkülése erősíti ezeket az érdekeltségeket. Ez egyfelől még mindig nem érte el azt a szintet, ami a fejlett országokban tapasztalható, másrészt a társadalom tagjai nem tudták szocializációjukkal kíséni a változásfolyamatok intenzitását. A gazdasági érdekeltség gyorsabban alakul ki, mint azt a polgárok tudatosítani képesek magukban, s főleg, mint ahogy életvitelüket ennek megfelelően lennének képesek alakítani.
- A magyar társadalomra jellemző a *korai társadalmi öregedés*, ami abban nyilvánul meg, hogy az idősök társadalmi integráltsága drasztikusan romlik, helyzetük funkciótlanná és gyökértelessé válik. Mindez igen jelentős arányban csökkenti az egészségmegőrzésének szimbolikus érdekeltségét.
- Hazánkban az *egészségkultúra modernizációja* rendkívül kezdetleges állapotokat mutat. A minimálisan felismert egészségértékek és érdekeltségek sem jelennek meg az egészséggel kapcsolatos tudásokban és magatartásformákban. A magyar társadalom napjainkban is követi azokat a tradicionális egészségértelmezési formákat, amelyek évszázadokon át jellemezték a gondolkodását. Az emberek az egészséget jellemzően erkölcsi illetve transzcendentális kategóriákban közelítik meg, amelyek közös vonása, hogy az egészség jelenségét (akár a betegségét) személyen kívül állóként fogják fel, a maguk szerepét pedig alapvetően passzívan tételezik benne. Az egészség mutatóiként olyan jeleket értelmeznek, mint a munkaképesség, az étvágy, gyakori, ha nem is általánosan vélt egészségparaméter a kövérség, a legjobb esetben is az egészség fő mutatója a konkrét panaszok, fájdalmak, egészségügyi problémák hiánya. Többek között ennek következtében a betegség megelőzése, a szűrések szerepe és igénybevételi gyakorisága drámaian alacsony szintű a magyar társadalomban (Vingender 2001).

3. A méhnyakrák epidemiológiai viszonyai

3.1. Méhnyakrák-mortalitási mutatók ismertetése nemzetközi kitekintésben

A női nemi szervek rosszindulatú daganatainak több mint a fele a méhnyakból indul ki. Így ez a rosszindulatú megbetegedés sorrendileg a női nemi szervi rákok között világszerte a második helyen áll az emlőrák után, évenként megközelítőleg 273.505 nő elvesztésével. A méhnyak daganatos elváltozásainak területi elhelyezkedésében jellegzetesen eltérő földrajzi mintázatot ismerhetünk fel. Ezt a WHO térkép (1. ábra) is igen szemléletesen ábrázolja.



Forrás: Castlellsague és mtsai, 2007

1. ábra: A Föld lakosságának incidenciája cervix daganatok tükrében

A Föld teljes lakosságának tanulmányozása alapján megállapítható, hogy ez a daganat típus a fejlődő országokban gyakrabban fordul elő, ahol a mortalitás és az incidencia aránya is jóval kedvezőtlenebb, mint a fejlett országokban (Ferlay és mtsai 2004; Parkin és mtsai 2005; Schiffman és mtsai 2005; Castlellsague és mtsai 2007).

Európában a hetedik leggyakoribb női rosszindulatú daganatként tartják nyilván a méhnyakrákot. Aktuális becslések szerint, 321.8 millió 15 évnél idősebb nő közül minden évben 59.931 új megbetegedést állapítanak meg, és 29.812 a halálesetek száma (1.táblázat).

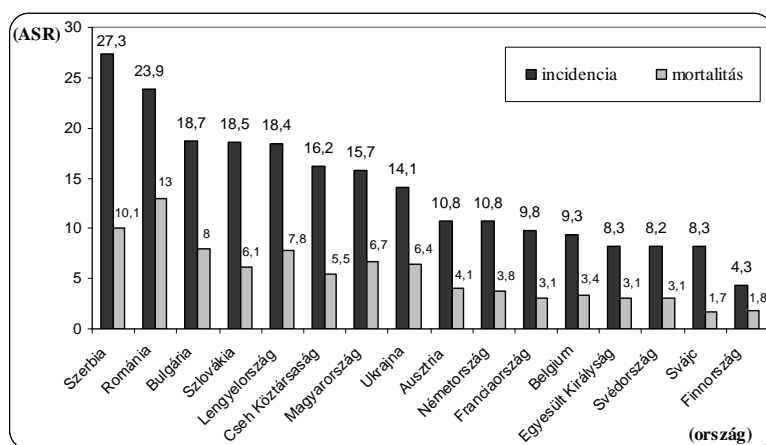
Az európai adatok elemzése során kiderül, hogy a regionális tendenciák ezen a földrészen is érvényesülnek, vagyis a fejletlenebb egészségügyi rendszerrel rendelkező országok sokkal kedvezőtlenebb képet mutatnak. Tipikusan a volt szocialista országokban lehet magas incidenciát és mortalitást találni. Jugoszlávia utódállamában, Szerbiában évente 100.000 lakosra 27,3 új esetszámot regisztrálnak, szemben a fejlett országokkal (Egyesült Királyság, Németország, Franciaország), ahol az incidencia

100 000 lakosra vetítve csupán 8,3-10,8 között ingadozik (2. számú melléklet) (Castlellsague és mtsai 2007). Magyarország a fejlett európai államokhoz viszonyítva kedvezőtlenebb tendenciát mutat, de az incidencia alacsonyabb mint a fejlődő országokban, és a legtöbb volt szocialista országban (2. ábra).

1. táblázat: A méhnyakrák incidenciája és mortalitása az egyes földrészeken

Kontinens	Női populáció (millióban)	Incidencia		Haláloki rangsor		Halálozás	
		Esetszám	ASR	Teljes női népességben	15-44 éves korosztályban	Nyers halálozás	ASR
Afrika	267 86	78 897	29,3	1.	1.	61 671	23,1
Amerikai	336 49	86 532	18,8	4.	2.	38 436	8,1
Ázsia	1390 40	265 884	15,4	2.	2.	142 735	8,4
Óceánia	12 58	2 002	11,5	6.	3.	844	4,6
Európa	321 76	59 931	11,9	7.	2.	29 812	5,0

Forrás: Castlellsague és mtsai, 2007



Forrás: Forrás: Castlellsague és mtsai, 2007

2. ábra: A méhnyak-daganatok előfordulása egyes európai országokban (100.000 fő-standard életkor alapján)

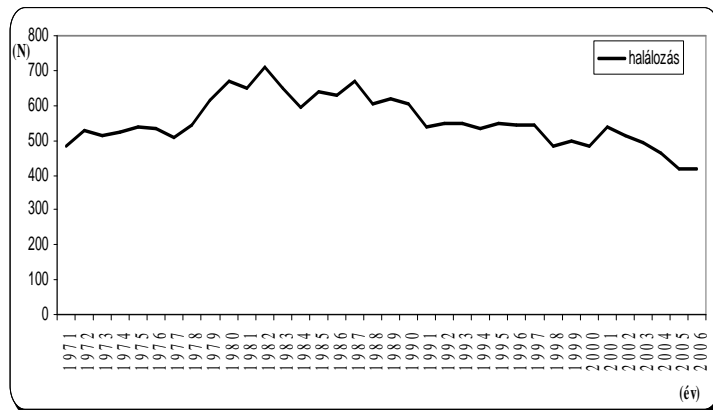
sejthető tényezők között valószínűleg kiemelt szerephez jut a másodlagos megelőzés, hiszen a történelmi trendek ismeretében ki lehet jelteni, hogy a fejlett országokban a szűrési tevékenységgel sikerült megállítani a cervixtumorkok pusztítását (Matejka és mtsai 2006).

3.2. Hazai méhnyakrák-halálozási mutatók

Ismeretes, hogy Magyarországon rendkívül kedvezőtlenek a rosszindulatú daganatos megbetegedések halálozási és gyakorisági mutatói, amelyek a szív-és keringési rendszer-eredetű halálokok mögött a második helyet foglalják el. A Nemzetközi Rákregiszter és Központi Statisztikai Hivatal adatai azt bizonyítják, hogy

Azonban arról sem szabad elfeledkezni, hogy az 1960-as és 1970-es években az előfordulási gyakoriságok még a leggazdagabb fejlett országokban is hasonló tendenciát mutattak mint a mai fejlődő világban (WHO 2007; Gakidou és mtsai 2008). A számok mögött

Magyarországon évente kb. 30-35 ezer ember hal meg különböző rosszindulatú daganatos betegségben. Közel 5 ezerre tehető a női rosszindulatú daganatokból eredő mortalitás, különösen kiugró a Nyugat-Európai országok átlagával szemben a

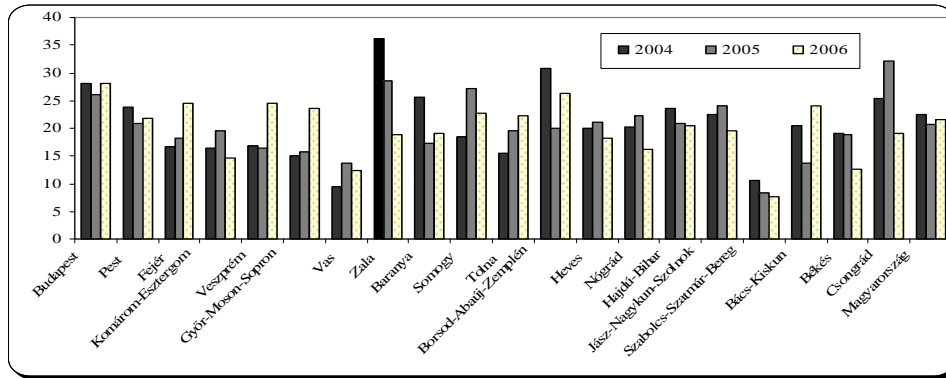


Forrás: Központi Statisztikai Hivatal (1972-2006)

3. ábra: Halálokozások száma a méhnyak rosszindulatú daganata következtében

nők méhnyakrák halálkozása. Míg a fejlett országok méhnyakrák halálkozási arányszáma jelentősen csökkent, addig nálunk ez az érték 3,5-szeres szinten maradt. A rosszindulatú daganatos megbetegedések halálkozási aránya és az egyes szervi lokalizációk részeseése a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai alapján jól nyomon követhető, elsősorban a „Demográfiai évkönyvek” halálloki adatközlése alapján (Kásler és mtsai 2008). A női daganatos halállokok sorában a méhnyakrák jelenleg a 8. helyet foglalja el, megközelítőleg 500 fő/év esetszámmal. Halálloki gyakorisága 1975 és 1990 között hullámzó jelleggel enyhén emelkedő, majd csökkenő tendenciát mutatott (Simon 1994; Kásler és mtsai 1994). A halálkozási trend 2002-ig jellemzően meghaladta az évi 500 esetszámot (az 1998-ik és a 2000-ik év kivételével), majd ezt követően jól érzékelhető csökkenés kezdődött, ami egyértelműen a méhnyakrák szűrés bevezetésének köszönhető. Erre utal az is, hogy a mortalitás csökkenése gyorsan növekvő incidenciával mellett következett be. A növekvés a szűrővizsgálatok révén felfedezett korai stádiumú eseteket jelezte, a mortalitás csökkenése pedig azt bizonyította, hogy a korai stádiumban észlelt méhnyakrákos betegek túlélése lényegesen jobb, mintha a kezelést csak akkor kezdték volna meg, amikor a klinikai tünetek már megjelentek (Ember és mtsai 2000). Az 1971-2006 közötti évek adatait a 3. ábra szemlélteti.

Kutató munkánkat a méhnyakrák szűréssel kapcsolatban 2005 szeptemberében kezdtük. A megyei adatsor incidenciáit vizsgálva igen szembetűnő volt, hogy 2004-ben Zalában különösen kiugró volt a méhnyakrák előfordulási gyakorisága (4. ábra), ami egyben a kutató munkánk irányát is kijelölte (3. számú melléklet).



Forrás: Internetes Magyar Egészségügyi Adattár, 2008

4. ábra: Magyarországon a méhnyakrákos megbetegedések incidenciája megyei szintű csoportosításban a kutatás megkezdésének időszakában (2004-2006)

3.3. A méhnyakrák szűrővizsgálat végzésének célja és feltételei

3.3.1. Szűrővizsgálatok

A szűrővizsgálat az úgynevezett preklinikai kimutathatóság szakaszában még tünet és panaszmentes személyeknek a rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel végzett vizsgálata (Döbrössy 2000; Harmat és mtsai 2010). A szűrés tehát lényegében ráutaló, spontán panasz és/vagy tünet hiányában végzett diagnosztikus tevékenység. Célja az egyéni egészségi állapot meghatározása, amely a kockázat azonosítása és a betegség előtti expozíció, valamint a célként kitűzött betegségek kiderítése mellett, a szövődmények, társbetegségek kimutatására is irányul. A szűrővizsgálatok önmagukban nem diagnosztikus eljárások, hiszen a végleges diagnózis és a kezelés érdekében a pozitív vagy a bizonytalan eredményű egyéneknek további vizsgálatokon kell rész venniük.

Jelenleg nemzetközileg elfogadott elvek alapján történik a szűrhetőnek minősített betegségek megjelölése, és az alkalmazott szűrési módszerek is számos vizsgálat adatai alapján kerültek/kerülnek kiválasztásra.

Fontos különbséget tenni a népességszűrés (a kockázatnak kitett embereket hívják be szűrésre, pl. méhnyakrák országos programja), és az alkalmi szűrés között (megelőzés vagy esettfelderítés célját szolgáló szűrés), amelynél a beteg kér tanácsot egy speciális tünet vagy panasz esetében, pl. vérnyomásmérés (Harmat és mtsai 2010).

3.3.2. Szűrési kritériumok

Bármilyen állapotra vonatkozó szűrés elvégzése előtt teljesülniük kell az alapvető kritériumoknak, amelyek minden országban egységesek a szűrési eljárás integritása szempontjából (Harmat és mtsai 2010) (2. táblázat).

2. táblázat: A szűrési kritériumok összefoglalása

Szűrési kritérium	
Állapot	A vizsgálandó állapot olyan fontos egészségügyi probléma legyen, amelynek története, beleértve a latensből a kimutatható betegségig történő kialakulását, megfelelő mértékben ismert. Az állapotnak felismerhető latens vagy korai tünetes helyzetben kell lennie.
Diagnózis	Rendelkezésre kell állnia a megfelelő diagnosztikai tesztnak, amely biztonságos és elfogadható az érintett népesség számára. Léteznie kell egy elfogadható, teszteredményeken és országos standardokon alapuló politikának, amely a beteg számára biztosítja állapotának folyamatos követését.
Kezelés	A betegség vagy a betegség előtti állapotban lévő, azonosított betegek számára léteznie kell elfogadott és bevezetett kezelésnek vagy beavatkozásnak, és a kezelés feltételeinek rendelkezésre kell állniuk.
Költség	Az esetfelderítő eljárás (beleértve a diagnózist és kezelést is) költségeinek gazdaságilag kiegyensúlyozottnak kell lennie a lehetséges kiadások és az egészségügyi ellátás egésze vonatkozásában.

Forrás: Harmat és mtsai 2010

Az értékelésnek is szerves részét kell képeznie minden szűrési folyamatnak. Cochrane és Holland hét kritériumot javasoltak az értékelésre, amelyeket a 3. táblázatban mutatjuk be (Cochrane és mtsai 1971; Harmat 2010).

3. táblázat: A szűrés értékelésére szolgáló kritériumok

A szűrés értékelésére szolgáló kritériumok	
Egyszerűség	A szűrés kivitelezése egyszerű legyen, könnyen értelmezhető, és ahol ez lehetséges, mentők és más személyzet is el tudja végezni.
Elfogadhatóság	Mivel a szűrésben a részvétel önkéntes, a tesztet el kell fogadnia a benne részt vevőknek.
Pontosság	A tesztnek a vizsgált állapot vagy tünetek valódi helyzetét kell visszaadnia.
Költség	A teszt költségét figyelembe kell venni és össze kell vetni a betegség korai felfedezéséből származó előnyökkel.
Megismételhetőség	Ismétléskor konzisztens eredményeket kell adnia a tesztnek.
Érzékenység	A tesztnek képesnek kell lennie pozitív eredményt adni, ha a vizsgált egyén a keresett állapotban szenved.
Specifitás	A tesztnek negatív eredményt kell adnia, ha a szűrésben részt vevő egyén nem szenved a keresett állapotban.

Forrás: Harmat és mtsai 2010, Balázs P 2004

A szűrővizsgálatok eredményessége azon mérhető le, hogy szakszerű elvégzésüket követően mennyiben változtatták meg az érintett populáció morbiditási és/vagy mortalitási viszonyait, vagyis az adott kórformát illetően javult-e a lakosság egészségi állapota. Ez jól mérhető azokban az esetekben, amelyekben összevethető a szűrésben részt vett, illetve a távol maradó csoportok halálok-specifikus mortalitása, például egyes daganatos betegségekben. Meg kell azonban jegyezni, hogy a szűrések pozitív hatása olyan esetekben is érvényesül, amelyekben ilyen közvetlen összefüggés nehezebben állapítható meg, mint például a jódhányos golyva esetében. Ezen adatok ismerete nélkül nem lehet hatásos preventív lépéseket tenni.

Lényeges tény, hogy a szűrővizsgálatok hatékonyságát az önkéntes részvétel szelektív módon befolyásolja. Ekkor ugyanis – amint azt a rögzített adatok is bizonyítják –

általában azok jelennek meg, akiknek pozitívabb a viszonyulása az egészséghez mint értékhez, tehát magasabb iskolai végzettségűek, jobb szociális/gazdasági körülmények közt élnek stb. Ezt a jelenséget különösen a teljes lakónépességben végzett szűrővizsgálatok során kell figyelembe venni.

Problémát jelenthet az elváltozásnak a szűrésen való felismerése és az adott kórforma klinikai tünetek alapján történő azonosítása közötti időtartam megítélése is, tehát nem közömbös, hogy ez az időszak „tényleges” vagy csak „vélt” előnyt jelent a túlélés vonatkozásában. Amennyiben olyan megfelelő hatékonyságú terápia nem áll rendelkezésre, amellyel a betegség korai/korábbi megállapítása révén a beteg gyógyítható volna, vagy a túlélését meg lehetne hosszabbítani, akkor az illető számára az előny csak látszólagosnak minősíthető. Hosszabb a kezelési ideje és az az időtartam is, amíg tudatában lesz - esetleg letális - kimenetelű betegségének. „Valódi” a korai felismerés előnye, ha az időben elkezdett terápia a beteg gyógyulását vagy a nem szűrtekéhez viszonyítva, lényegesen hosszabb túlélését teszi lehetővé (Ádány 2006; Balázs 2004; Boján és mtsai 1995; Buda 1993; Nagymajtényi 2007; Paksy 2004).

3.3.2. A méhnyak szűrés módszertana

A citológiai szűrővizsgálatok, alapjait George Nikolas Papanicolaou (1883-1962)¹ vetette meg. Bevezetésük az 1920-as évektől kezdő-

4. táblázat: Onkocytológiai kenet értékelése Papanicolaou szerint

Fokozat	Jellemző
P ₀	A kenet értékelhetetlen
P ₁	Érett superficiális sejtek
P ₂	Superficiális és intermedier sejtek mellett enyhe gyulladás jelei (leukocyták)
P ₃	Superficiális és intermedier sejtek mellett kifejezett gyulladás jelei, továbbá atypusos sejtek, melyek utalhatnak dysplasiára
P ₄	Kifejezett atypiát mutató (malignitásra kifejezetten gyanús) sejtek
P ₅	Biztosan malignus sejtek

Forrás: Papp Zoltán, 1999

dően lehetővé tette, hogy már a rákelőtti elváltozásokat, vagyis a méhnyak esetében a korábban diszpláziának, a mai terminológia szerint cervicalis intraepithelialis neoplasiának (CIN), illetve a citológiai elnevezés alapján „squamous intraepithelialis lesion”-nak (SIL) nevezett eltéréseket, valamint az in situ carcinomákat (CIS) is felismerjék (Papanicolaou és mtsai 1917; Papanicolaou 1928; Ganesan és mtsai 2006; Kálmán és mtsai 2006). A Papanicolaou festésen alapuló onkocitológia szűrések,

¹ George Nikolas Papanicolaou (1883-1962): A görög származású, de 1913-tól az USA-ban élő anatómus kimutatta a hüvely nyálkahártyájának periodicus változását, valamint méhnyakrák esetén a daganatsejteket, és kidolgozta a nevét viselő (colpocytodiagnostikai) kenetvizsgálatot a méhnyakrák szűrésére. Ezzel kapcsolatos klasszikus monográfiája 1943-ban, az exfoliatív cytologiai atlasza 1954-ben jelent meg (Papanicolaou és Traut 1941, Papanicolaou és Traut 1943, Papanicolaou 1954).

melyek P₀ - P₅ kategóriákat különböztettek meg, számos módosításon mentek keresztül (Kálmán és mtsai 2006)(4. táblázat).

A klasszikus Papanicolaou-rendszer kritikáját 1988-ban az amerikai National Cancer Institute által a citológiai leletezés és osztályozás kérdéséről Bethesdában rendezett konferencia foglalta össze (Bodó és mtsai 1991.a.; Bodó és mtsai 1991.b.). Elmarasztalták a Papanicolaou-féle osztályozást abban, hogy nem tükrözi a méhnyakrák keletkezésének és lefolyásának egyre jobban megismert fejlődésmenetét. Nem nyújt olyan terminológiát, amely kifejezné az egyes citológiai kategóriák és az annak megfelelő patológiai állapotok, illetve hisztopatológiai terminológia közötti korrelációt (nem egyezik a szövettani terminológiával). Kategóriái nem teszik lehetővé a kóros, de nem daganatos, pl. mikrobiológiai és egyéb állapotok („diagnózisok”) kifejezését (vagyis nem foglalkozik a nem carcinomás entitásokkal). A fentiekben említett konferencián kialakított és 1993-ban módosított Bethesda-rendszer néven ismertté vált létező rendszer több mint a látottak egyszerű osztályozása, mivel a citológiai leletezést orvosi konzultatív tevékenységnek fogja fel, amely akkor eredményes, ha abban mind a vizsgálatot végeztető klinikus, mind a citológus érdemben vesz részt. Egyfelől a nőgyógyásztól elvárja, hogy citológust minden érdemleges klinikai információról értesítse. Másfelől a citopatológust teszi felelőssé a diagnózis összes természetes

5. táblázat: A Bethesda-féle cervicális citológiai osztályozás (2001)

Laphámsejtel elváltozásai	Mirigyhámsejtek elváltozásai
<ul style="list-style-type: none"> • Atípiás laphámsejtek (ASC: atypical squamous cells) <ul style="list-style-type: none"> - Atípusos laphámsejtek nem meghatározható okokból (ASC-US: atypical squamous cells of undetermined significance) - Nem zárható ki HSIL (ASC-H) • Enyhe fokú intraepitheliális lézió (LSIL: Low-grade squamous intraepithelial lesion), mely magában foglalja a koilocytosist és az enyhe dysplasiás elváltozást is (CIN1). • Súlyos fokú intraepitheliális lézió (HSIL: high-grade squamous intraepithelial lesion), mely magában foglalja a mérsékelt vagy súlyos dysplasiát és a carcinoma in situ (CIN2, CIN3) • Laphámsejtes carcinoma 	<ul style="list-style-type: none"> • atípiás mirigyhámsejtek (AGC: atypical glandular cells), melyek lehetnek endocervikális vagy endometriális • atípiás mirigyhámsejtek, főleg neopláziás elváltozások, melyek endocervikális eredetűek • endocervikális adenocarcinoma in situ (AIS: adenocarcinoma in situ) • Adenocarcinoma

Forrás: 1. Solomon D és mtsai, 2002, 2. Wright TC Jr és mtsai, 2002

következményéért, okkal feltételezve hogy a citológiai lelet meghatározza a beküldő nőgyógyász minden további tevékenységét. A Bethesda szisztéma tehát a

szövettanilag észlelhető elváltozásokkal rokon fogalmakat felhasználó konzultációs leletező rendszer (Cseh és mtsai 2003; Csapó 2006). A mai gyakorlatban világszerte és hazánkban is az eredeti Papanicolaou rendszer helyett a rugalmasabb és informatívabb Bethesda-osztályozást követik (2001), mely az utóbbi években is számos módosuláson ment át (5. táblázat). A cervicális citológia osztályozásában szemléletváltást jelentett a

Bethesdában megfogalmazott osztályozás bevezetése 2001-ben. A nemzetközi csoport véleménye alapján összeállított kategóriák részletesebb információt adnak a méhnyak léziókról. A laphámsejtek és mirigyhámsejtek és ezek neoplasztikus elváltozásai eltérő csoportokat alkotnak (Sóbel és mtsai 2005; Sóbel 2009). A Bethesda-osztályozás új kategóriákat vezetett be, így az *atypical squamous cells of undetermined significance* (ASCUS), *atypical glands of undetermined significance* (AGUS), továbbá a *low and high squamous intraepithelial lesion* (LSIL, illetve HSIL) fogalmát.

Magyarországon a nőgyógyászati rutin szűrési eljárás másik része a kolposzkópos vizsgálat, vagyis az onkocitológiai anyagvétel mellett a portio uteri közvetlen megtekintése (Lampé és mtsai 1992; Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium 2008).

3.4. Egyes állami méhnyakrák-szűrési programok és irányelvek összehasonlítása

A Papanicolaou teszt (a továbbiakban Pap-teszt) használatával végzett szervezett méhnyakrák szűrési programok eredményesnek bizonyultak a morbiditás és a mortalitás csökkentésében. Opportunista vagy nem szervezett szűrések is csökkentik a látens méhnyakrák esetek arányát, de nem olyan mértékben, mint a szervezett szűrési programok esetében. A legnagyobb gondot az okozza a nem szervezett szűrési programokkal kapcsolatban, hogy nem megfelelően fedik a célcsoportot, így előfordulhat, hogy az esetlegesség következtében éppen a magasabb kockázati csoportba tartozó személyek maradnak ki a szűrésből (Matejka és mtsai 2006).

3.4.1. Az ausztráliai szűrőprogram rövid bemutatása

1988-ban az Ausztráliai Államszövetség Egészségügyi Minisztériumának Szakmai Kollégiuma Operatív Bizottságot hozott létre a méhnyakrák szűrés értékelésére, abból a célból, hogy megvizsgálja a szűrés eredményességét. Az értékelés alapján a Bizottság azt javasolta, hogy az egészségügyi igazgatás tegye központilag szervezetté a szűrést, ami fokozná a védelmet a méhnyakrák ellen.

A Szövetségi Kormány a területi önkormányzatokkal együttműködve 1991-ben vezette be a Szervezett Méhnyakrák Szűrési Programot, amelyet 1995-től Nemzeti Méhnyakrákszűrő Programnak neveztek. A fő célkitűzés a méhnyakrák incidenciájának és mortalitásának a csökkentése volt. Rendszeres Pap-teszt segítségével elvégzett szűréssel határozták meg a gyógyítható, rákot megelőző elváltozásokat, valamint a méhnyakrákot, 20-69 év közötti nők körében. Jelenleg, a méhnyakrák szűrést körzeti orvos, ápoló vagy nőgyógyász végzi az elsődleges egészségügyi szolgáltatások körében (a

vizsgálatok kb. 80 %-át körzeti orvosok végzik). A Pap-teszt eredményeiről és bármilyen javasolható utókezelésről az adatokat egy méhnyak citológiai nyilvántartásban tárolják. A Nemzeti Méhnyakrákszűrő Programnak egyaránt vannak szövetségi, tagállami és területi szintű alkotóelemei. Bár az egészségpolitikát általában szövetségi szinten határozzák meg, a méhnyakrákszűrő tevékenység gyakorlati kivitelezéséért a Szövetséget alkotó 6 tagállam és 2 szövetségi terület a felelős. A Nemzeti Méhnyakrákszűrő Programmal kapcsolatban a szövetségi egészségpolitika a következőket javasolja:

- minden második évben Pap-teszttel végzett rutin ellenőrzés azoknak a nőknek a részére, akik panaszmentesek, illetve nincsen méhnyakrákra utaló kórtörténetük,
- a szexuálisan aktív nők, 18 és 20 éves koruk között jelentkezzenek Pap-teszttel végzendő szűrésre , vagy egy-két évvel az első szexuális együttlét után, amennyiben ez 18 éves koruk előtt történt,
- kiléphetnek a szűrőprogramból azok a 70 éves nők, akik az elmúlt 5 évben 2 normál Pap-teszten vettek részt, viszont azokat a nőket , akik elmúltak 70 évesek, de még sohasem vettek részt Pap-teszten, vagy ők maguk igénylik a Pap-tesztet, be kell vonni a vizsgálatba.

A méhnyak citológiai nyilvántartó központok mind a hat tagállamban és a két szövetségi területen saját nyilvántartást vezetnek, és kulcsfontosságú szerepet játszanak a Nemzeti Méhnyakrákszűrő Program végrehajtásában és figyelemmel kísérésében. Összegyűjtik az egyes nők méhnyaki kórtörténetét, emlékeztető leveleket küldenek azoknak, akiknek már esedékes lett volna szűrésre jelentkezniük, biztonsági háttér információkat tárolnak azok számára, akik nem vettek részt utókezelésen valamilyen rendellenességet kimutató vizsgálati eredmény után, ezen kívül citológiai laboratóriumokat is működtetnek, valamint olyan központi vizsgáló helyeket, amelyek rendelkeznek a nők korábbi vizsgálati eredményeivel, és így lehetővé teszik az aktuális eredmény megbízhatóbb kiértékelését. A tagállami és területi méhnyak citológiai nyilvántartó központok fontos szerepet játszanak abban is, hogy a rákot megelőző elváltozások természetes kórtörténetéről és a fertőzésekről adatokat szolgáltatnak a „Méhnyakrák-szűrés Ausztráliában” nevű központi adattár számára, hogy lehetővé tegyék a Program szövetségi szinten történő nyomonkövetését.

A Nemzeti Méhnyakrákszűrő Program eredményességét egyaránt befolyásolja a program fogadtatása, a menedzsmunkájának minősége, és a méhnyakrák kezelésének eredményessége.

Ausztrália 2006-2007-ben két nagyobb változást hajtott végre a programban. Először, 2006 július 1-én mutatták be a Egészségtudományi és Orvosi Kutatások Nemzeti Tanácsa (NHMRC = National Health and Medical Research Council) irányelveit azon tünetmentes nők kezeléséhez, akiknél a rákszűrés rendellenességet mutatott ki (*Guidelines for the management of asymptomatic women with screen detected abnormalities*). A kiadvány álláspontja szerint a méhnyaki sejtelváltozások inkább fertőzés következtében, mintsem egy neoplasztikus folyamat során jönnek létre. Az NHMRC tehát szemléletváltást javasol azoknak a nőknek a klinikai ellátásában, akiknél csak kisfokú pikkelyes felhám elváltozások észlelhetők, vagyis a korábbi irányelvekhez képest inkább mellőzni kell a beavatkozásokat annak érdekében, hogy a szervezet spontán módon álljon ellent a HPV-infekció következményeinek.

A HPV 16, 18, 6, 11 típus elleni oltóanyagot 2007-ben állították elő a Nemzeti Védőoltási Program keretében, és az oltást térítés nélkül biztosítják minden 12-26 év közötti nő számára. Az immunizálási program hatásaként arra számít a szövetségi kormány, hogy Ausztráliában csökkenni fog a méhnyakrák incidenciája és mortalitása (Australian Government 2005; Wain 2006; Australian Institute of Health and Welfare 2009).

3.4.2. Szűrési irányelvek az Amerikai Egyesült Államokban

Az American Cancer Society (ACS) minden évben közreadja a daganatok felismerésére vonatkozó irányelveit, valamint a daganatok szűrésével és korai felismerésével kapcsolatos újabb eredményeit. A beszámoló azon túl, hogy összegzi a rákszűréssel kapcsolatos irányelveket, az előző évi irányelvek felújításának háttérét és magyarázatát is tartalmazza, és felhívja a figyelmet a korai rákfelismerésre vonatkozó újabb ismeretekre és kérdésekre. Az ACS 2004-ben megjelent kiadványa az emlőrákra és a colorectális daganatokra vonatkozó újabb irányelvek és módszerek mellett, a méhnyakrák szűréssel kapcsolatban is új ajánlásokat fogalmazott meg (Németh 2003; Németh és mtsai 2005).

A méhnyakszűrést az első szexuális kapcsolat után kb. 3 évvel, de legkésőbb 21 éves korban meg kell kezdeni, amelyet ezután a szokványos Pap-teszttel évente, folyadék alapú citológiával két évente kell ismételni. Harminc éves kor után, három egymást kö-

vető negatív lelet birtokában a szűrési intervallum 2-3 évre nyújtható. Hetvenévesnél idősebb nők, ha legalább három negatív citológiai lelettel rendelkeznek, illetve a megelőző 10 évben nem volt kóros kenetük, kiléphetnek a méhnyakrák szűrési programból. A menopausa kezdetén az átlagos kockázatú csoportba tartozó nőket fel kell világosítani a méhnyakrák veszélyéről és tüneteiről, továbbá nyomatékosan fel kell hívni a figyelmüket arra, hogy minden rendellenes vagy pecsételő vérzés esetén azonnal forduljanak orvoshoz (Saslow és mtsai 2002; Sirovich és mtsai 2004; Smith és mtsai 2009).

3.4.3. Az angol National Health Service sikertörténete a méhnyakrák szűrés kapcsán

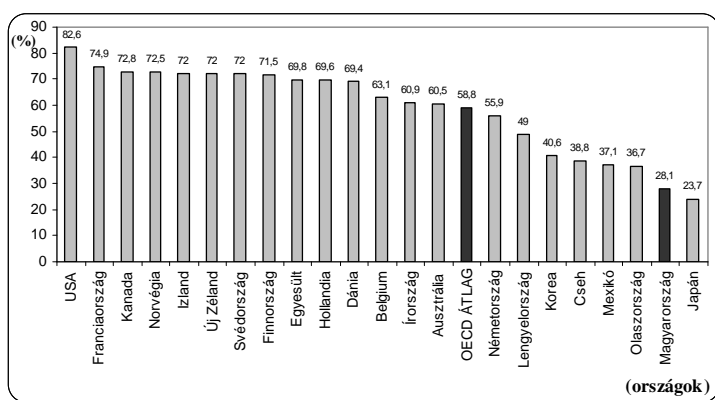
Az Egyesült Királyság Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS = National Health Service) 1981 óta működteti a Pap-teszten alapuló, jól szervezett szűrőprogramját, amely minden 25 és 64 év közötti nő számára ingyenesen hozzáférhető. Számítógépes behívó és visszahívó rendszerek biztosítják azt, hogy a nők 3-5 évente kapjanak értesítést a szűrővizsgálaton való megjelenés esedékességéről. A vizsgálatokat az alapellátásban működő családorvosok és asszisztensek végzik. Ezzel a gyakorlattal kapcsolatban a WHO Európai Regionális Irodája és az ÁNTSZ OHT-ja „Lehetőségek a népegészségügyi szűrővizsgálatok lakossági igénybevételének fokozására.” címmel szemináriumot rendezett 2003. január 14-én, amelyen Julietta Patnick az Egyesült Királyság Szűrési koordinátora bevezető előadása során megjegyezte, hogy „nagyon szokatlan volna egy nő számára nőgyógyászhoz menni egy egyszerű Pap kenetért”. A kenetek kb. 80%-át nővérek veszik le, és nem az orvosok. Érdekessége a szűrési folyamatnak, hogy a családorvosok pénzügyileg is érdekeltek a méhnyak szűrésben. Az NHS a tételes finanszírozással arra bátorítja a családorvosokat, hogy a szűrést a lehetséges legszélesebb körben végezzék el. Ezt az ösztönzést 1990-ben vezették be egy újabb családorvosi szerződés keretében. A legtöbb családorvosra kb. 430 főnyi szürendő népséget lehet számítani (25-64 év közötti nő). A szerződés két fizetési szintről rendelkezett, nevezetesen 80 és 50%-ról. Amennyiben a házi orvos a praxisához tartozó nőknek csak 49%-át szűrte meg, egyetlen pennyt sem kap, az 50%-os szintnél viszont, valamivel több, mint ezer fontot. NHS statisztikák szerint a házi orvosok kb. 10%-a teljesített csak ilyen alacsony szinten, és 87%-ban a 80%-os szűrési arányt is elérték. Ezen a szinten háromszoros összeget kapnak, ami komoly ösztönzés a magasabb szint elérésére. Kétségtelen, hogy hihetetlen nagy erőfeszítéssel kell dolgozni például annak

érdekében, hogy a szűrési arányukat 78-79%-ról 80%-ra emeljék. Ennek érdekében az asszisztensek személyesen keresik fel a nőket és hívják fel a figyelmüket a soron következő szűrésre. A számítógépes behívási és visszahívási nyilvántartás bevezetésének kezdetén (1987-1988 között), a számításba jövő nőknek körülbelül csak egy negyede került szűrésre. Leginkább a fiatal nők jelentek meg, családtervezési motivációval, vagy gyermekvárás miatt. Az idősebb nők, akik természetesen a magasabb kockázati arányú csoporthoz tartoztak, ilyen kérdésekben már nem voltak érdekeltek, nem mentek el tehát a házi orvosukhoz, következésképpen kenetet sem vettek tőlük. Miután 1990-ben bevezették az új rendszert a családorvosok érdekeltségével, 1993-ben már több mint 80%-os volt a megszűrött nők aránya, tehát igen jelentős volt az előrelépés (Patnick 2000; Patnick 2003; Karsa és mtsai 2008).

3.4.4. Összefoglalás az európai államok szűrőprogramjairól

Az Európai Unió (EU) Brüsszelben 2003. december 2-án megfogalmazott Bizottsági Határozata értelmében a rákszűrést csak olyan szervezett szűrési programok keretein belül lehet felajánlani, amelyek populációs szintűek és minőségbiztosítási lehetőségekkel rendelkeznek (The Council of the EU 2003). Léteznek még részletesebb ajánlások is, melyek a szervezett szűrési programok új tesztjeinek regisztrációját, bevezetését, betanítását, alkalmazását, teljesítésének módját és monitorozását tartalmazzák (Advisory Committee on Cancer Prevention 2000; Sankila és mtsai 2000). Az Európai Méhnyakrák Szűrési Hálózat Epidemiológiai Csoportja és az International Agency for Research on Cancer (IARC) kérdőíves közvéleménykutatást végzett 2003 augusztusa és decembere között, 20 európai ország 25 központjában, igazolt méhnyakrák esetekkel és/vagy halálozási adatokkal kapcsolatban. Az adatokat az IARC és a WHO adatbankjaiban regisztrálták, és tudományosan is elemezték (Antilla és mtsai 2004). Eredményeik alapján összefoglaló táblázatot is készítettek, amelynek adatait önálló szakirodalmi kutatásom eredményeivel is kiegészítettem (4. és 5. számú melléklet). Az 4. és 5. számú mellékletben elhelyezett táblázatokban szereplő hat ország, a Cseh Köztársaság, Dánia, Finnország, Izland, Luxemburg és Svédország, arról számolt be, hogy szűrő programjaikat az 1960-as években indították. Tíz másik országban vagy régióban, Magyarország, Litvánia, Norvégia, Szlovénia, Franciaországban Alsó-Rajnavidék vidék, Doubs, Isere, Olaszországban Genova, Párma és Torino esetében 2003-ig legalább egy kísérleti programot indítottak. Jelentős

különbségek figyelhetők meg az adatok alapján a cél korosztály össze-tételét és az időszakokat tekintve, valamint a szűrésen résztvevő nőket érintő költségek tekintetében is. A legtöbb régió illetve ország esetében díjmentes a szűrés, de néhány program esetében a fizetési gyakorlat még az egyes programok keretein belül is eltérhet a szűrési területtől vagy módszertől függően. Hat ország/régió (Finnország, Magyarország, Hollandia, Isére, Párma és Torino) meghívásos programokat alkalmaz, kilenc ország/régió (Dánia, Izland, Norvégia, Svédország, Szlovénia, az Egyesült Királyság, Alsó-Rajnavidék, Doubs és Firenze) viszont csak azokat a nőket értesítette vagy hívta meg a programba, akik nem rendelkeztek kenettel a közelmúltból vagy az ajánlott időszakon belül. A többi régió esetében, meghívás helyett, a szűrést főleg házi orvos vagy nőgyógyász felkeresése esetén ajánlották. Mind a hat teljes meghívásos program személyi azonosításra alkalmas központi nemzeti vagy regionális szűrési adatbázissal is rendelkezik. Öt nyilvántartás csak a meghívásos programok keretében készített keneteket fogadta el, egy program viszont (Hollandiában) bármilyen eredetű kenetet felvett a nyilvántartásba. A részleges meghívással működő programok közül kettő (Dánia és Svédország) nem rendelkezett központi adattárral. A fennmaradó nemzeti programok, amelyek részleges meghívásos rendszeren alapultak, olyan központi adatbázist működtettek, amelynek az volt a célja, hogy minden kenetet regisztráljanak, függetlenül attól, hogy meghívás után vagy más módon készültek. Tíz ország/régió között, amelyek opportunistá szűrési irányelvet alkalmaztak, nyolc működött szűrési adatrögzítés nélkül, kettő pedig részleges regisztrációval. Három nemzeti program (Finnország, Svédország és az Egyesült Királyság) a kenetvizsgálatokat 80%-nál magasabb arányban végezte el a lakossági célcsoportban az



Forrás: Health at a glance 2007; OECD indicators

5. ábra: Az OECD jelentés alapján a méhnyakrák szűrési részvételi rátája 20-69 éves korosztály körében (2005)

ajánlott szűrési időszakon belül, további három ország (Dánia, Izland és Hollandia) pedig 75-80%-os arányról számolt be (Anttila és mtsai 2004). Az 5. ábra az OECD által 2007-ben közreadott szűrésen való megjelenési arányt mutatja be országon-

kénti bontásban, amely szintén alátámaszthatja a nyugati országok szűrőprogramjainak hatékony működését. Jól látható, hogy hazánk az alacsony szűrési részvétellel kedvezőtlen pozíciót foglal el, és lényegesen elmarad az OECD országok átlagától (OECD 2007).

3.5. Hazai helyzetkép a méhnyakrák szűrésről

3.5.1. Rövid történeti áttekintés

A szűrés módszere kezdetben kizárólag a kolposzkópos vizsgálat volt. Ezt Hans Hinselmann (1884-1959) fejlesztette ki 1925-ben Németországban és ott a vizsgálat igen gyorsan elterjedt. Magyarországon először az onkológiai-nőgyógyászati szakellátás területén, majd később a nőgyógyászati szakellátásban is alkalmazták. Jelenleg is a nőgyógyászati vizsgálat nélkülözhetetlen eszköze. Hazánkban az onkológiai szűrés az 1950-es évek közepére nyúlik vissza, Lehoczky Győző² munkássága révén az Országos Onkológiai Intézet és az Onkológiai Hálózat működési szabályzata már 1954-ben előírta a 30 éven felüli női lakosság szűrését (Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2004). Az 1960-as évek elején vált a komplex nőgyógyászati vizsgálat részévé a cervixváladék citológiai vizsgálata. Megkezdődött a hálózat kiépítése, jól működő patológiai osztályokra telepítve hozták létre az első 10 ún. citodiagnosztikai állomást. Felismerve, hogy a tömeges szűrővizsgálatból származó sejtvizsgálat meghaladja a munkával túlterhelt patológusok teljesítőképességét, 1972-ben megindították - amerikai példa nyomán - a citológiai előszűrő szakasszisztensek képzését. Ezáltal teremtődtek meg a korszerű lakossági szűrővizsgálatok személyi feltételei (Döbrössy 2000; Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2004).

Az Országos Onkológiai Intézet és az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet 1976-ban kiadott közös módszertani levele (Eü. Min. engedélyezési száma: 35698/76) a nőgyógyászati rákszűrést a szülészeti-nőgyógyászati szakellátás és az onkológiai hálózat együttműködése útján, azok keretein belül megoldandó feladatnak jelölte meg. Úgy rendelkezett, hogy „minden 20 évesnél idősebb nőn végzett első nőgyógyászati vizsgálatot egyúttal szűrővizsgálatnak kell tekinteni”, továbbá, mind a kolposzkópos,

² Dr. Lehoczky Győző (1904-2003) Szülész-nőgyógyász szakorvos, Magyarországon bevezette az addig alig ismert új műszert, a kolposzkópot, a méhnyakrák korai felismerésére. 1948-ban megszervezte az első magyarországi nőgyógyászati rákszűrést. A maga korában ez korszakos jelentőségű lépés volt. Ekkor kezdtek viszonylag nagyobb számban megjelenni a valóban gyógyítható korai méhnyakrák esetek. 1952-ben megalakult az Országos Onkológiai Intézet, amelyben a Nőgyógyászati osztály első vezetője lett, és az osztályt egészen nyugállományba vonulásáig vezette. Irányítása alatt vált az osztály a magyarországi nőgyógyászati onkológia egyik oktatási és módszertani központjává. Nagyon sokat tett a kolposzkópia hazai elterjedéséért. Hosszú éveken keresztül tartotta a szinte legendás kolposzkópos tanfolyamokat, ahol a módszer megismertetése mellett igyekezett a hazai nőgyógyászok körében elterjeszteni az „onkológiai szemléletet”. Tagja volt a Magyar Nőorvosok és a Magyar Radiológusok Társaságának, alapító tagja volt a Magyar Onkológusok és a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának, az előbbinek tiszteletbeli tagja (Eckhardt 2003).

mind a citológiai vizsgálatot a nőgyógyászati *diagnosztika* nélkülözhetetlen részének nyilvánította (Döbrössy 2000).

1980-ban az egészségügyi kormányzat határozottan állást foglalt a méhnyakrák elleni szűrővizsgálatok szükségessége mellett, és feladatként jelölte ki a teljes lakosságszűrés megkívánt személyi és szervezeti feltételeinek megteremtését (Bodó és mtsai 1982).

Az Egészségügyi Minisztérium az Országos Onkológiai Intézet irányításával, az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet és az Országos Kórbonctani és Kórszövettani Intézet együttműködésével 1986-ig befejezendő ún. „cervix-programot”-ot dolgozott ki (Bodó és Döbrössy 1982). A Programot 1981-ben országsszerte meghirdették, amelyben a 25-65 év közötti asszonyok kétévenkénti citológiai vizsgálatát ajánlották, így téve lehetővé a pre-invazív és korai invazív esetek felismerését. Az első évben mintegy 0,7 millió citológiai kenetvétel történt, és ez a szám 1987-ig folyamatosan emelkedett. Ennek eredményeként 1989-ig 1,3 millió citológiai vizsgálatot kiegészített szűrővizsgálatot regisztráltak. Sajnos, a szűrőprogram csak részben bizonyult hatékonynak, ugyanis a szűrővizsgálati anyagban jelentősen lecsökkent az előrehaladott méhnyakrákok száma, másfelől a korai, *in situ* rákok aránya viszont 80% fölé emelkedett. Összességében alig mutatkozott a népességben a szűrőtevékenység halálozást csökkentő hatása (Bodó és mtsai 1991a.; Cseh 2000; Cseh és mtsai 2003; Döbrössy 2000; Lehoczky 1997; Országos Tisztifőorvosi Hivatal 2004). A „cervix-program” tehát nem érte el a kitűzött célját. Elemzők szerint azért nem, mert a korábbi szűrésekhez hasonlóan ezt is a szervezettség hiánya és az alkalomszerűség jellemezte. A „minden nőorvosi vizsgálat egyben szűrővizsgálat is” elv következtében a bármely okból valahányszor csak elvégzett nőgyógyászati vizsgálatot egyben „komplex szűrővizsgálatnak” is minősítették. Ennek következtében a vizsgált kenetek száma a magasba szökött. Ezt ugyan pontosan és országosan regisztráltak, ámde nem volt nyilvántartás arról, hogy személy szerint ki részesült szűrővizsgálatban és ki nem. A nagy számok mögött így az az egyszerű tényállás húzódott meg, hogy a női népességnek azt a részét, amelyik rendszeresen járt nőgyógyászhoz, szükségtelen gyakorisággal szűrték, míg a másik, nőgyógyászhoz nem járó (a jelek szerint nagyobb) részét viszont sohasem. Ennek következtében a halálos kimenetelű méhnyakrákok az utóbbiak sorából kerültek ki. A rendszer bukását nyilvánvalóan nem lehetett elkerülni. A kudarcot nemcsak a szakembereknek látták, hanem az egészségügyi kormányzat is felismerte, hogy tenni

kell valamit a méhnyakrák szűrés kialakult rendszerének „újraélesztése” érdekében. Erre 1993-ban adódott lehetőség a Magyar Kormány és a Világbank közötti kölcsönegyezmény keretében, amelynek népegészségügyi felzárkózási programjában – további másodlagos megelőzési tevékenységek mellett – a méhnyakrák szűrés újjászervezése és korszerűsítése is helyet kapott (Döbrössy 2007).

3.5.2. A szűrés korszerűsítése és a jelenlegi helyzet

Az egészségügyi kormányzat a 2001-ben meghirdetett, majd 2003-ban megerősített Nemzeti Népegészségügyi Programban a többi között a szervezett népegészségügyi lakosságszűrés megvalósításának szervezeti, adminisztratív, jogszabályi és pénzügyi feltételeit is megteremtette. A jogalkotási és államigazgatási előzmények a következőképpen alakultak:

- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet „A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról” általában a szűrővizsgálatok jogszabályi kereteit rögzítette.
- 1066/2001.[VII. 10.]sz. kormányhatározat az „Egészséges Nemzetért” Népegészségügyi Program bevezetését irányozta elő [a 1063/2005. (VI. 23.) Korm. határozat azonnali hatállyal hatályon kívül helyezte).
- majd 46/2003. [VI. 16.] Országgyűlési Határozat az „Egészség Évtizede Johan Béla Nemzeti Programja” a szövegszerű anyagot is tartalmazta (címét a 4/2006. [II. 8.] OGY. határozat „Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja”-ra módosította).
- továbbá és 40/2003. (VII. 16.) ESZCSM rendelet „Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokkal kapcsolatos egyes miniszteri rendeletek módosításáról”, amelyet a 118/2008. (V. 8.) Korm. rendelet hatályon kívül helyezett 2008. V. 16-tól.

Hatályos szabályozásunk szerint a lakosságszűrés megszervezésének, koordinálásának és felügyeletének felelősségét az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) viseli, amelynek keretében Országos Szűrési Koordinációs Osztály, és ezen belül Országos Szűrési Nyilvántartás működik. Az OTH és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) a pályázat útján befogadott citológiai laboratóriumokból létrehozta az országot lefedő, a szakmai követelményeknek minden tekintetben megfelelő hálózatot, amely így

alkalmassá vált a mintegy 2,5 milliónyi céllakosság háromévenkénti szűrővizsgálatára (Kovács és mtsai 2007.b; Kovács és mtsai 2008).

3.5.3. A népegészségügyi szűrővizsgálat menete hazánkban

A hatályos protokoll következőképpen szabályozza a vizsgálatot:

Az OEP-től kapott adatállományt a központi szűrési nyilvántartás területekre bontja, és a területi szűrési koordinátoroknak továbbítja.

- A területi szűrési koordinátorok – megfelelő ütemezésben – kijelölik a szűrésre behívandó népességet, a listák pontosságát a házi orvosok bevonásával ellenőrzik, majd visszaküldik a központi szűrési nyilvántartásnak.
- Személyes hangú meghívólevelet küldenek a szűrésbe bevonandó személyeknek, amely – a nemzetközi gyakorlat szerint – tartalmazza a szűrés előtt megkívánt információkat, és arra szólítja fel a meghívottat, hogy szűrővizsgálat céljából mielőbb keresse fel „a levél mellékletében felsorolt, lakóhelyéhez legközelebbi nőgyógyászati szakrendelés valamelyikét vagy saját, szabadon választott nőgyógyász szakorvosát”. A névre címzett meghívólevelet – a „Magyar Köztársaság Tisztifőorvosa” aláírással – a Magyar Posta juttatja el a címzetthez.
- A nőgyógyászati vizsgálat keretében vett kenetet a „befogadott”, azaz OEP-szerződéssel rendelkező citológiai laboratóriumok valamelyikébe küldik elemzésre és véleményezésre. A „befogadott” citológiai laboratórium kötelezettséget vállal arra, hogy a szűrővizsgálat megtörténtét név szerint jelenti az Országos Szűrési Nyilvántartásnak.
- A citológiai vizsgálat eredményéről a beküldő nőgyógyászt értesítik, aki tudatja az eredményt a pácienssel, és szükség esetén gondoskodik a további tisztázó vizsgálatok elvégzéséről, indokolt esetben pedig a beteg gyógyintézetbe juttatásáról.

A végrehajtásért felelőssé tett OTH munkacsoportot hívott életre, amelyben a méhnyak szűrés összetett folyamatában szereplő valamennyi szakma képviselője helyet kapott. Feladatuk a szakmai és szervezési protokoll összeállítása és karbantartása, a pályázatok elbírálásának előkészítése. A szűrővizsgálatokat az OEP finanszírozza (nőgyógyászati szűrővizsgálat: Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása [OENO]-kód 42.600, nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat: OENO-kód 42.700). A minőségbiztosítás és teljesítményértékelés a citológiai munkahelyek által az Országos Szűrési Nyilvántartás számára a megkívánt rendszerességgel megküldött jelentéseken alapul; a munkacsoport - szükség szerint - helyszíni ellenőrzést végez (Kovács és mtsai 2007.b).

3.5.4. A méhnyak-szűrés egészség-gazdaságtani értékelésének eredményei

Értekezésemben kifejezetten azokat a Magyarországon megjelent tanulmányokat foglaltam össze, amelyek a méhnyak szűrés magyar viszonyokra adaptált költséghatékonyságát számszerűsítik. A méhnyakrák szűrések hazai egészség-gazdaságtani vonatkozásaival kiemelten, de a teljesség igénye nélkül Boncz Imre foglalkozik munkatársaival (Sándor János, Kiss István, Ember István, Sebestyén Andor)(Boncz és mtsai 2003; Boncz és mtsai 2004; Boncz 2006; Boncz és mtsai 2006.a.; Boncz és mtsai 2006.b.; Boncz és mtsai 2007.a.; Boncz 2007.b).

Sándor János munkatársaival 1998-2001 között elvégzett vizsgálatának az volt célja, hogy meghatározzák, hogyan alakult a magyarországi kistérségekben a nők részvétele a szűréseken, és ebben milyen a viszonylagos szerepe a nők egészség-magatartásának, illetve a szolgáltatók teljesítményének. Az ország 150 kistérségében vizsgálták a méhnyakrák szűréseken és a mammográfiás vizsgálatokon részt vett nők adatait. Ehhez a Gyógyinfok³ járóbeteg-szakellátási teljesítmény elszámolási jelentéseken alapuló adatbázisát használták fel, és életkor szerint standardizálva relatív átszűrési értékeket számítottak. A vizsgálati periódus 1998. július 1.-től 2001. június 30.-ig terjedt. Eredményeik alapján megállapították, hogy három év alatt (1998. július 1.- 2001. június 31.) az átszűrési arány a 25 év feletti korosztályban volt legmagasabb. A következő korcsoportban, amely ugyancsak része volt a szűrés ajánlások szerinti célcsoportnak, csak 16,16% volt a részvételi arány. Összességében a 25-65 éves nők csupán 20,12%-a (577.011 fő) vett részt cervixcitológiai vizsgálaton.

A legmagasabb és legalacsonyabb értékeket Kiskunfélegyháza illetve Makó kistérségében észlelték. A relatív vizsgálati gyakoriság 2,77 és 0,03 között változott. Ez 78-szoros különbségnek felel meg. A második legrosszabb szűrés teljesítményt mutató Kazincbarcika kistérségben 0,13 volt az átszűrési hányados. Ez 17-szer kisebb, mint amelyet Heves, Csorna, Kiszér és Bonyhád kistérségekben lehetett megfigyelni. A legalacsonyabb értékeket a fentiekben említett Makón kívül, Kazincbarcika, Nagykálló, Tiszavasvári és Nyírbátor térségében regisztrálták (Sándor és mtsai 2003).

³ Gyógyinfok: 2004. januártól kezdve a Gyógyító Ellátás Információs Központ a feladatait az Országos Egészségbiztosítási Pénztárba integráltan végzi. Működési területe: A gyógyító-megelőző ellátás és a vele kapcsolatos közgazdasági folyamatok szervezése, kódrendszerek fejlesztése, alkalmazásba vételének koordinálása és országos hasznosításának előkészítése, ágazati adatgyűjtés és feldolgozás, ágazati adatbázisok készítése, adatokkal való feltöltése.

A szervezett rákszűrési programok költséghatékonyságáról Muszbek és mtsai. (2002) készítettek szakirodalmi áttekintést a nemzetközi referencia-adatbázisok alapján. A nemzetközi irányelvek szerint szervezett szűrésre ajánlott méhnyak-, emlő-, valamint a vastag- és végbélrák szűréseket elemezték. Méhnyakrák esetében a Pap-teszttel végzett populációs alapú szűrés felel meg a WHO kritériumoknak. A „spontán” szűréseknél a racionálisan szervezett szűrési programok mindig költséghatékonyabbak. Szexuálisan aktív női népességben méhnyakrák szűrés céljára a mobil rendelők alkalmazása, korosztályok szerinti csoportosításban pedig a 30-39 évesek szűrése tűnik a legkedvezőbbnek (Muszbek és mtsai 2002).

Boncz Imre a 2003 őszén elindult szervezett lakossági méhnyakrák szűrés 2003 október-2004. július közötti betegforgalmát elemezte az OEP finanszírozási adatbázisból származó járóbeteg szakellátási adatok alapján (Boncz és mtsai 2006.a.). A szerzők a nemzetközileg elfogadott Pap-tesztre épülő szűrést értékelték a 25-65 év közötti célpopulációban. Eredményeik szerint:

- a nőgyógyászati szakrendelők által jelentett „42.600 Nőgyógyászati szűrővizsgálat” beavatkozás kódszáma inkább csökkent a szűrés kezdete óta (havi 20-22 ezerről 8-10 ezerre),
- a citológiai laboratóriumok által jelentett „42.700 Nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat” beavatkozás kódszáma stagnálást (500-800 beavatkozás per hónap) követően 2004. június és július hónapokban (1.000-2.000 beavatkozás per hónap) emelkedésnek indult,
- a „29.602 Diagnosztikus nőgyógyászati citológiai vizsgálat” és a „42.700 Nőgyógyászati citológiai szűrővizsgálat” együttes beavatkozási száma már önmagában is a célcsoport jelentős átvizsgáltságát mutatta.

Az elemzést háromféle szűrési stratégiára (6. táblázat) és kétféle mortalitás csökkenési trendre (38,4%-os „angol” és a 19,6%-os magyar) is elvégezték. A szűrési program hasznát 23 megmentett

6. táblázat: Megmentett életévek költsége a szűrési intervallumok tekintetében

Mortalitáscsökkenés (trend)	Egy megmentett élet költsége		Egy megmentett életév költsége	
	ezer Ft	\$	ezer Ft	\$
<i>Háromévenkénti szűréssel (25-65 éves kor között)</i>				
19,6%	12 689	44 275	552	1 925
38,4%	6 210	21 666	270	942
<i>Kétévenkénti szűréssel (25-65 éves kor között)</i>				
19,6%	19 034	66 424	828	2 888
38,4%	9 315	32 499	405	1 413
<i>Évenkénti szűréssel (25-54 év közötti), kétévenkénti szűréssel (55-65 év közötti)</i>				
19,6%	33 838	118 082	1 471	5 134
38,4%	16 560	57 799	720	2 513

Forrás: Boncz Imre és mtsai, 2005

életév/beteg nyereséggel számolták, a költségekre és a hasznokra 5%-os diszkontrátát alkalmaztak (Boncz és mtsai 2005). A számítások szerint a méhnyakrák szűrés eredményeképpen megmentett életévek költsége a – nemzetközi ajánlásoknak leginkább megfelelő – háromévenkénti szűrés esetében a legalacsonyabb; e szűrés bevezetése mindenképpen indokolt és költséghatékony. Ennél nagyobb gyakoriságot csak a költségnövekmény vizsgálatára alapozva lehet javasolni, és a közfinanszírozásnak kell eldöntenie, hogy „mennyit ér meg” még egy megmentett életév.

A munkacsoport további számításai 2007-ben készültek, a méhnyakrák szűrések hazai részvételi mutatóit kor és megyei szintű bontásban, egyéves és hároméves lefedettségi értékek alapján elemezve. A 2000-2005 közötti időszakot felölelő vizsgálat alapján megállapították, hogy:

- amíg a 2000 és 2002 közötti 3 évben 1.667.618 nőnél végeztek citológiai vizsgálatot, addig ez a szám 2003 és 2005 között 1.749.498 főre emelkedett,
- az 1 éves lefedettség 15,4-16,2% között változott, ami 2003-2005 között 16,3-16,8%-ra emelkedett, illetve a 2000-2002 közötti 3 éves lefedettség 31,2%-ról 2003-2005 között 32,9%-ra emelkedett,
- a 25-64 év közötti korosztályban 2000 és 2002 között 22,0-23,3% között változott az 1 éves lefedettség, amely 2003 és 2005 között 23,4-24,3%-ra emelkedett. Ugyanezen idő alatt a 3 éves lefedettség 48,9%-ról 52,6%-ra emelkedett (+3,7%) (Boncz és mtsai 2007.a.).

Sajnos, a szervezett szűrés elindításának hatására bekövetkezett 3,7%-os növekmény a lefedettségben nem tekinthető érdemi eredménynek.

Területi bontásban a nőgyógyászati citológiai vizsgálaton részt vett nők számában Bács-Kiskun-megye kivételével a szervezett méhnyakrák-szűrő program indítását követő 3 éves időszakban (2003-2005) minden megyében magasabb lefedettségi értéket találtak a szervezett lakossági szűrést megelőző időszakhoz viszonyítva (2000-2002). Jász-Nagykun-Szolnok megye (0,02%), Hajdú-Bihar (0,33%) és Nógrád (0,95%) mutatta a legkisebb emelkedést a lefedettség tekintetében. A legmagasabb értéket Veszprém megye érte el, 14,35%-os eredménnyel. Borsod-Abaúj-Zemplén megye 7,69%-ot ért el (Boncz és mtsai 2007.a.).

A szerzők 2006-ban megjelent közleményükben az emlő, a méhnyak és colorectalis daganatok kezelési költségeit hasonlították össze. A közfinanszírozás szempontjából ké-

szített elemzés az OEP adatbázisára épült. Az elemzés a járóbeteg-szakellátás, az aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás költségeit tartalmazta, továbbá a gyógyszerek árához nyújtott társadalombiztosítási támogatást és a keresőképtelenséggel (benne táppénz) kapcsolatos kiadásokat. Az emlődaganatok éves OEP kezelési költsége 2001-ben 8.58 milliárd Ft volt, a *méhnyakráké 1.04 milliárd*, míg colorectalis daganatok kezelés 9.98 milliárd forintba került. A költségek megoszlásában - a daganatok klinikai természetének és a rendelkezésre álló terápiás lehetőségeknek megfelelően - jelentős különbségek mutatkoztak az egyes egészségbiztosítási kiadási tételek között. Kiemelendő, hogy a gyógyszerköltségek a teljes kezelési kiadás mintegy *15%-át teszik ki a méhnyakrák és 12%-át a colorectalis daganatok esetében*. Ez az arány az emlődaganatok esetében 28% körül alakult. Ezzel összhangban, az aktív kórházi kezelések aránya az összes költségen belül *58% a méhnyakrák, 54% az emlőrák esetében*, ugyanakkor colorectalis daganatok miatt 75% körüli. A keresőképtelenségi (táppénzes) kiadások a *méhnyakrák esetében az összes kezelési költség 16%-át teszi ki*, míg az emlődaganatnál 7,6%-ot, colorectalis daganatoknál pedig csupán 3,7%-ot. A benignus és malignus emlődaganatok közül a malignus daganatok a teljes kezelési költség közel 97%-át teszik ki. *Méhnyak daganatok esetén az in situ és a jóindulatú daganatok 6,5% illetve 6,6%-ot képviselnek*. Colorectalis daganatok között a jóindulatú esetek (benne a polipok) 17%-ot kötnek le az összes kezelési költségből (Boncz és mtsai 2006.a.).

3.5.5. A méhnyakrák szűrés eredményei az ÁNTSZ jelentések alapján

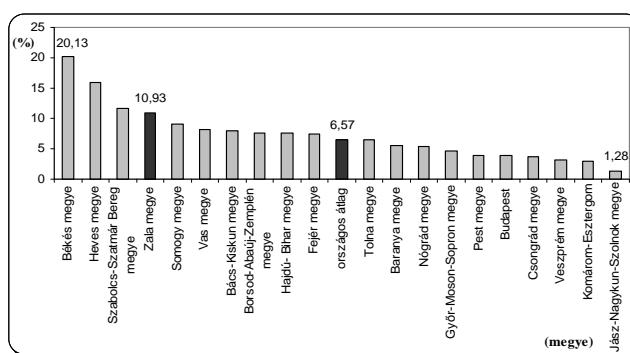
A szűrés szervezésének hatékonyságát a részvételi mutatók jelzik. Hazánkban 2003-2006 között mintegy 2.098.439 behívólevelet küldtek ki, amelyek hatására az országos részvételi arány 4,02%-6,57% között alakult. Az Állami Számvevőszék elemzése szerint (7. táblázat) ez a szám rendkívül alacsony és valójában a program kudarcát jelenti (Állami Számvevőszék 2008).

7. táblázat: Méhnyakrák szűrés részvételi mutatói 2004-2006 között hazánkban

Évek	Behívottak száma	Megjelentek száma	Részvételi arány (%)
2004	602 806	24 217	4,02
2005	805 852	40520	5,03
2006	689 781	45 314	6,57

Forrás: Állami Számvevőszék, 2008

A megjelenési arány évenkénti és megyei bontásban jelentős különbséget mutat (6. ábra). A legmagasabb értéket Békés -, Heves-, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Zala megye érte el. Megdöbbentő, hogy előfordulnak olyan megyék is,



Forrás: Állami Számvevőszék 2008

6. ábra: Méhnyakrák szűrés részvételi arányai 2006-ban

ahol az országos átlagnál lényegesen alacsonyabb volt a részvétel, mint például Veszprém-, Komárom-Esztergom- és Jász-Nagykun-Szolnok megyében. A megyei beszámolók alapján ott volt nagyobb a részvétel aránya, ahol célzottan „plusz” szervezési intézkedések is történtek. Több megye élt például a mozgó szakorvosi szolgálat (MSZSZ) igénybevételével. Szakirodalmi hivatkozás alapján, jelenleg 13 megyében 62 egység működik. Az MSZSZ elvére alapozott szűrés azokat a nőket képes elérni, akik kis településeken élnek és csekély vagy hiányzó motivációjuk miatt egyébként sem mennének el egy helyközi közlekedést igénylő vizsgálatra.

Másik lehetőségként Csongrád -, Fejér - és Zala megyében kísérletképpen alternatív behívási rendszert alkalmaztak. A levelet nem postai úton kézbesítették, hanem az adott településen, a házi orvoson keresztül védőnők segítségével juttatták el a behívandókhöz. Az új rendszer, szerény tapasztalatai ellenére, azt tanúsítja, hogy kis településen ez a megoldás lényegesen jobban működik, de a megjelenési arány így is jelentősen elmarad a hazai emlőszűrés eredményeitől. Csongrád megyében, ahol az átlagos megjelenési arány 3,98% volt, az új rendszer Makó környékén 16,5%-os arányt eredményezett (2.568 behívottból, 426 jelent meg). Zala megyében, Lentiben a kézbesített 193 behívólevél alapján 27-en (14%) jelentkeztek nőgyógyászati vizsgálatra. A házi orvosi körzetek többségében a védőnők a mindennapi tevékenységükhöz kapcsolva vállalták a behívólevelek eljuttatását a címzettekhez. Ugyanakkor azt is meg kell jegyezni, hogy Zala megyében a nőgyógyászok többsége létszámi hiánnyal hivatkozva nem vállalja a falvakban történő szűrést (Állami Számvevőszék 2008).

4. Populációs és közösségi szintű beavatkozások prevenciós céllal a méhnyakrák szűréseselek kapcsán

4.1. A populáció részvétele a méhnyakrák szűrésesen

Tekintettel arra, hogy minden ország törekszik valamilyen szűrőprogrammal csökkenteni a mortalitás kedvezőtlen alakulását, a vonatkozó nemzetközi szakirodalom alapján a különbségek a szűrőprogramok hatékonyságában és a nők szociokulturális háttérében keresendők. Kiemelt vizsgálati terület a nőgyógyászati szűrővizsgálattól való távolmaradás okainak felmérése azok körében, akik az elmúlt 5-10 évben egyszer sem jelentek meg cervix-szűrésesen. Az eredmények alapján ún. „háttérjellemvonások” azonosíthatók például: életkor, társadalmi-gazdasági státusz, nemzetiségi hovatartozás, valamint a személyes magatartás jellemzői. Siahpush 2002-ben Ausztráliában szociodemográfiai megközelítésben végzett kutatásában ismertette, hogy a 30 év alattiak 21,4% -a, a hajadonok 30,1%-a, Ausztráliában élő, de Közel-Keleten és Ázsiában születettek 30,9%-a nem vett részt még nőgyógyászati rákszűrésesen. Azonban az ausztrál nők közül a 30-49 év közöttiek csupán 3,2%-a, házasságban élők szintén 3,2%-a, magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők 6,8%-a maradt csak távol a szűréstől (Siahpush és mtsai 2002).

Kutatással párhuzamosan készült el hazánkban az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ és Egészségporta Egyesület által 2007 őszén szervezett 8 kisebb térségre kiterjedő MicroLEF⁴ elnevezésű lakossági egészségfelmérése, melynek eredményeiben 2500 nő által adott válaszokból kiderült, hogy a 3 éven belül nőgyógyásznál megjelentek aránya eléri a 61%-ot, a célcsoportban – 25-64 éves kor – a 74%-ot. Az átszűrtség viszonylag magas ahhoz képest, hogy a válaszadók 22%-a kapott behívót és ebből 43% ment el. A társadalmi gazdasági tényezők közül az iskolázottság valamint az anyagi jólét szignifikáns összefüggést mutat a szűrésesen való részvételi hajlandósággal. A felsőfokú végzettségűek közel kétszer nagyobb arányban (80%) keresik fel a nőgyógyász szakorvost panaszmentes állapotban, elsősorban preventív célzattal.

Gyakrabban járnak rákszűrésre saját indíttatásból, megelőző jelleggel azok a nők, akik jó anyagi körülmények között élnek, a szegényebbek kétszer nagyobb arányban keresik

⁴ A MikroLEF program során nyolc magyar kistérségben (Tamási, Szuhavölgye, Pannonhalma, Palotás, Csengőd, Aszód, Tiszavasvár, Gyula) határozták meg a résztvevők szubjektíven vett egészségi állapotát és egészségmagatartását, a dohányzási-, alkoholfogyasztási-, és táplálkozási szokásokat, a testmozgás gyakoriságát és a testtömegindexet, valamint a különféle betegségek (magasvérnyomás, allergia és asztma, 2-es típusú cukorbetegség, magas koleszterinszint, szívroham és agyvérzés, szorongásos betegségek és depresszió) gyakoriságát. A kérdések arra is kitértek, hogy az ott élők mekkora arányban veszik igénybe az egészségügyi ellátást, milyen gyakran végeztetik el az említett betegségek hatékony kezeléséhez szükséges vizsgálatokat (vérnyomásmérés, koleszterin- és vérszirsint meghatározás, vércukorszint-ellenőrzés, **nőgyógyászati szűrővizsgálatok**), milyen a gazdasági aktivitásuk és milyen munkahelyi ártalmaknak vannak a leginkább kitéve.

fel orvosukat panasszal járó tünetek miatt ($p < 0,05$). A szűréstől ezidáig távolmaradók nagy része alacsonyán iskolázott, magát szegénynek valló rétegekből került ki. A szűréstől való távolmaradás okaként megjelölik, hogy nem tartják fontosnak, vagy nem volt rá idejük (Bényi és mtsai 2009).

Oscarsson munkatársaival svéd nők körében készített interjút, akik az alábbi válaszokkal indokolták a távolmaradást: „nincs szükségem..., mert egészséges vagyok”, „...mert nem fog velem megtörténni”, „nem élvez prioritást”. A felmérésből kiderül az is, hogy a negatív testkép, az alacsony önbecsülés, a vizsgálattal szembeni kényelmetlenség érzése további szerepet játszik a részvétel elmulasztásában (Oscarsson és mtsai 2008.a). Egy német kérdőíves felmérés szerint a nők több, mint 2/3 része nem ismeri a méhnyakrák rizikófaktorait (csupán 3,2% nevezi meg a HPV vírust), ami a szerzők véleménye szerint összefüggésben állhat az alacsony részvételi aránnyal (Klug és mtsai 2005).

Oscarsson munkatársaival egy másik, számunkra érdekes tanulmányt is készített Svédországban⁵. Ebben a kutatásban számítógépes rendszer segítségével olyan nők kerültek véletlenszerűen kiválasztásra, akik az elmúlt 5 évben nem jelentek meg szűrésen. Telefonos kikérdezéssel válaszoltak a résztvevők (N=120) a méhnyakszűrésen való jövőbeni részvételi szándékukról. Alapvető követelményként fogalmazták meg a barátságos bánásmódot, amely magában foglalja a tiszteletet és a vizsgálat kellő gondossággal való végrehajtását. Ez a követelmény korábbi negatív tapasztalatokon alapult, amelyeket a páciensek egészségügyi vagy nőgyógyászati ellátás során szereztek. Elvárásként jelölték meg, hogy a vizsgálat számukra optimális időpontban történjék. Megemlítették még a speciális helyszín iránti igényüket is (közel az otthonukhoz vagy a munkahelyükhöz), továbbá hangsúlyozták, hogy a vizsgálat ingyenes vagy legalább is olcsó legyen. Voltak azonban olyan asszonyok is, akik nem tudtak semmiféle követelményt megfogalmazni a szűrővizsgálattal szemben (40%) (Oscarsson és mtsai 2008.b).

4.2. Egészségnevelés, tömmegekommunikáció szerepe a részvétel növelésében

Az egészségnevelő munka során az egyszerre sok embert elérő kommunikáció valamennyi eszközét igyekeznek igénybe venni (Berghammer 2008).

⁵ Svédországban lakónépesség alapú cytológiai nyilvántartás működik a szervezett és opportunist szűrés összehangolása érdekében. Azoknak a nőknek (23-65 éves korosztály), akiket nem regisztráltak a megelőző három évben (nem végeztek náluk méhnyakszűrést) meghívó levelet küldenek, amelyben felkérlik őket, hogy jelenjenek meg szervezett méhnyakrák szűrésre a helyi Egészségügyi ellátó Intézetben, ahol egy szülésznő végzi el a kenetvételt.

Baum és munkatársai az egészséggel kapcsolatos hiedelmek és az egészségviselkedés megváltoztatásának (egészségnevelésnek) a módszerei közül az edukációs megközelítést érdemes kiemelni. Edukációs megközelítések:

1. *Fogékonyá tevő faktorok*: motiválják az egészségvédő cselekedetekről szóló döntést (tudatosság, megértés, attitűdök, hitek az egészségkárosító viselkedésről).
2. *Képessé tevő faktorok*: a cselekvés kivitelezéséhez szükséges készségeket tanítják (pl. hogyan kell elvégezni az emlő önvizsgálatát)
3. *Megerősítő faktorok*: jutalmak, amelyek az adott viselkedés teljesítésével nyerhetők el (pl. a társak helyeslése).

A legsikeresebb egészségnevelő kampányok mindhárom faktor-típust célba veszik (Baum és mtsai 1997).

Fox, kutató munkája során azokat a vizsgálatokat tekintette át, amelyek a szórólapok segítő szerepére vonatkoztak a tájékozott döntés meghozatalában. Számos adatbázis alapján azt a következtetést vonja le, hogy az írott információs anyag növeli ugyan a témáról való ismeretek szintjét, de nem bizonyítható, hogy hatást gyakorolna a döntésre és a cselekvésre (Fox 2006). Számunkra érdekes kutatásról számolt be Mullins szerzőtársaival 2008-ban. Egy ausztráliai média kampányt értékelték olyan 25-65 év közötti nők körében, akiknek lejárt idejű volt a Pap-tesztje és/vagy újabb vizsgálatuk vált volna esedékessé. A felmérésben részt vevő nők majdnem fele (48,5%) állította, hogy az adatfelvétel idején látott vagy hallott a „Pap” tesztről szóló reklámot, és 85%-ban a reklám forrásaként a televíziót jelölték meg. Ezeknek az állításoknak az ellenőrzésére azt a 386 nőt, akik emlékeztek valamilyen televíziós reklámra a „Pap” teszttel kapcsolatban, megkérték, hogy rövid leírást adjanak róla. Majdnem a résztvevők fele (46%) pontosan leírta a reklámban szereplő képeket, ami a teljes részvételi minta 19%-át jelentette. Ezután a reklámot leírták azoknak a nőknek, akik vagy egyáltalán nem emlékeztek arra, hogy láttak „Pap” reklámot, vagy nem tudták azt pontosan azonosítani. Így további 393 nő (a megkérdezettek 51,8%-a, a teljes részvételi minta 42%-a) emlékezett vissza a hirdetésre. Összességében tehát a televíziós reklám a résztvevők 61%-ában tudatosult (19% spontán emlékezett vissza, 42% pedig segítséggel). A vizsgálat kitért a fő üzenetek megértésére is. Az adatok azt mutatják, hogy 568 nő közül, akik látták a reklámot, a legtöbben le tudták írni annak fő üzenetét. A nők körülbelül fele (54,2%) arról az

általános üzenetről számolt be, hogy mindenkinek szüksége van „Pap” tesztre, néhányan azt mondták, hogy „rendszeres”-nek kellene lennie, de nem határozták meg, mit jelent a „rendszeres”, és azt is mondták, hogy két évente kell rá sort keríteni. Többen (20,5%) pontosabb választ adtak, amennyiben elismerték, hogy a „Pap” tesztek kellemetlenek, azonban ennek ellenére szükségesek, és 9,7%-uk tartotta általános üzenetnek a megelőzés fontosságát. Csak 3,5%-ban állították azt, hogy az üzenet szerint a „Pap” tesztek kellemetlenek, de nem tették hozzá azt a kulcsfontosságú állítást, amely szerint ennek ellenére érdemes elvégeztetni (Mullins 2008).

Vesna Kesic 2005-ben Szerbiában végzett kutatásában arról számol be, hogy a nők 67,8%-a úgy véli, hogy nem kap elegendő tájékoztatást a méhnyakrákról és a szűrésről, továbbá nem elegendő a közegészségügyi oktatás és barátságtalan az egészségügyi ellátás is (Kesic és mtsai 2005; Markovic és mtsai 2005).

Hazánkban a Liliom Programot azért indította el 2005-ben az Országos Tisztifőorvosi Hivatal a Lilly Hungária Kft. támogatásával, hogy javítsák a rendkívül alacsony, mindössze 4,2 %-os méhnyak átszűrési arányt. A Liliom Program a népegészségügyi programok közül elsőként komplex kommunikációs megoldásokkal, nyereményjátékokkal győzi meg a hölgyeket a szűrésen történő megjelenésre. A *2005. szeptemberétől - 2006 februárjáig tartó Liliom I. program* a televíziós és rádiós szpotok, sajtóhirdetések és az internetes honlapokon megjelenő bannerek mellett számos új, érdekes kezdeményezéssel hívta fel a hölgyek figyelmét arra, hogy a szűrésre szóló meghívólevél kézhezvétele után keressék fel nőgyógyászukat.

A *2006. szeptemberétől – 2007. februárjáig tartó Liliom II. program* legnagyobb újdonsága az volt, hogy a szűrés népszerűsítésével egyidőben egy, Magyarországon eddig egyedülálló kezdeményezés is elindult. A védőnői mintaprogramnak az volt a célja, hogy a védőnőket is bevonják a szűrések elvégzésébe. Bár a legnagyobb nyeremény maga az egészség, ismét fontos része volt a programnak az előző évben nagy sikert arató nyereményjáték. Ezúttal is egy személygépkocsi kulcsát vehette át az a hölgy, akinek hibátlanul kitöltött, a szűrést végző orvos által lebélyegzett nyereményszelvényét kisorsolták a programot lezáró nyilvános TV-műsor keretében.

2007 szeptembertől-2008 februárig a Lilliom III. program eddigi két fázisának eredményeként először 8,5, majd 10 százalékra sikerült emelni az átszűrési arányt, sőt voltak olyan területek is, ahol megduplázódott a szűréseken résztvevők száma. A Liliom

Program további haszna, hogy évről évre számos olyan hölgyet sikerült bevonni a vizsgálatokba, akik korábban még semmilyen nőgyógyászati szűrésen nem vettek részt. A program keretében az egészségügyi ellátórendszer évente több mint félmillió hölgy szűrővizsgálatának személyi és tárgyi feltételeit biztosítja: nőgyógyászati vizsgálóhelyeket, citológiai laboratóriumokat, továbbá a megkívánt diagnosztikai és kezelési háttérrel, amelyeket térítésmentesen vehetnek igénybe a szűrővizsgálatok résztvevői. Közel hétszáz ezer személyre szóló meghívó levelet postáztak, külön súlyozva a megyéket, az előző évi részvételi eredmények alapján. Ezúttal sem maradt el a hölgyeket részvételre ösztönző nyereményjáték. Egymillió forint értékű kétszemélyes skandináv utat nyert Finnországba az a szerencsés hölgy, akinek a pontosan kitöltött szűrési szelvényét kisorsolták a Liliom programot lezáró eseményen. Nem véletlenül esett a játék fődíjának kiválasztása Finnországra, ugyanis a világon a skandináv országokban a legalacsonyabb a halálozási arány a különböző daganatos megbetegedések következtében. A fődíj mellett számos további nyeremény is kisorsolásra került a résztvevők között (Záray és mtsai 2009; Paplanos 2009).

4.3. Csoportos edukációs programok

Az információk személyes csoportos edukációs formában történő átadása mindig jó hatásfokú. Magyarországon az ezredfordulón Települési Egészségterv Program címen indítottak olyan országos mozgalmat, amelynek célja a lakosság életminőségének és egészségi állapotának javítása a közösség tagjainak folyamatos bevonásával. Hétszáz település képviselői ismerkedtek meg a programmal, 540 település lakói készítettek konkrét cselekvési tervet, és egy támogató magánalapítvány több, mint 200 településnek nyújtott anyagi segítséget terveik megvalósításához, de a szerzők hangsúlyozzák, hogy e programok realizálásában az anyagi eszközöknél sokkal fontosabb a helyi humán erőforrások mozgósítása (Füzesi és mtsai 2007).

Zalaegerszeg Megyei Jogú Város Közgyűlése 132/2006. sz. határozatában döntött a város Egészségtervének megalkotásáról, amelynek kidolgozására egy szakemberekből álló munkacsoportot hozott létre. Az egészségterv célja Zalaegerszeg város lakosai életfeltételeinek, életminőségének, s ezen keresztül az itt élő emberek egészségi állapotának javítása, az életminőséget befolyásoló tényezők változtatása révén. Az egészségterv megvalósítása a zalaegerszegiek testi, lelki és szociális „jól-létét” kívánja szolgálni, amelyben a szakemberek a daganatos betegségek megelőzését és visszaszorítását is

célul tűzték ki (Zalaegerszeg Megyei Jogú Város Egészségterve 2007). Az edukációs megközelítést mint „kisipari” módszert általában költségesnek tartják, azonban valószínű, hogy hosszú távon ez a takarékosabb megoldás a nagyobb hatásfok révén (Berghammer 2008).

4.4. Kisebbségi csoportok részvétele a méhnyakszűrésen

A szűrővizsgálatok igénybevétele és a szociális helyzet szoros összefüggésére világít rá egy magyar vizsgálat, miszerint a fiatal roma nők lényegesen kisebb arányban veszik igénybe a társadalombiztosítási alapú ellátásban elérhető szűrővizsgálatokat, mint a nem romák (Gyukits és mtsai 2002).

A méhnyakrákhoz való hozzáállást és a rák korai felismerését elősegítő szűrővizsgálatokon való részvételt a kulturális hiedelmek és normák nagymértékben befolyásolják. Egy kvalitatív elemzés 21-56 éves maláj nők körében – akik életük folyamán ezidáig távolmaradtak a szűrésről – vizsgálta meg a méhnyakrák szűréshez való hozzáállást és a szűréshez kapcsolódó társadalmi, kulturális hiedelmeket. A válaszadás a Pap-tesztet alkalmazó méhnyak-rákszűréssel kapcsolatos alacsony ismeretszintet tükrözte. Sokan azt gondolták, hogy a Pap-teszt a méhnyakrák diagnózisának felállításához szükséges teszt, és mivel nem volt tünetük, nem mentek el szűrővizsgálatra. A távolmaradás okait magyarázza egyrészt a kevés ismeret a szűrés velejáróiról és szükségességéről, a méhnyakrákra való alacsony hajlam, másrészt a fájdalomtól való félelem, a méhnyakrákkal kapcsolatos tévhitek, a fatalista hozzáállás, valamint az egyén egészségének alulértékelése a család egészségügyi szükségleteivel szemben (Wong és mtsai 2008).

McFarland a méhnyakrákkal és a Pap-teszttel kapcsolatos ismereteket és a meggyőződést vizsgálta meg 30 botswanai nő részvételével az „Egészségügyi Meggyőződés Modell” felhasználásával. Abból a 18 nőből, aki legalább egy Pap-tesztet elvégeztetett az életében, nyolcan (44%) azért jelentek meg a szűrésen, mert nőgyógyászati problémáik voltak, a 30 nőből 12 (40%) viszont még nem volt szűrésen. Az ismeretek szintje kapcsolatban áll a szocio-demográfiai mutatókkal. Hiányos ismeretek az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszba (alacsony jövedelem, alapfokú iskolai végzettség, szakképzetlen) sorolt nők körében fordultak elő. A szűrés elsősorban a Pap-teszttel kapcsolatos ismeretek elégtelensége, a negatív hozzáállás, és az orvosok hiánya akadályozta (McFarland 2003).

5. Célkitűzések és hipotézisek

Magyarország adatait tanulmányozva megállapítható, hogy a méhnyak daganatos elváltozásainak igen magas az incidenciája és a mortalitása. A 2004. évi megyei adatsor incidenciáit vizsgálva különösen kiugró gyakoriságot észleltünk a zalai nők körében. Tudomásunk szerint mindeddig sem hazánkban, sem Zala megyében nem történt olyan átfogó vizsgálat, amely a szűrés iránti motivációt és a távolmaradás okait vizsgálta volna mind a laikus, mind az egészségügyi dolgozók körében. Kutatásunk ilyen értelemben hiánypótló jellegűnek tekinthető. Keresztmetszeti vizsgálatunkat két fázisból állítottuk össze:

- az első fázisban Zalaegerszeg és a város vonzáskörzetében élő nők nőgyógyászati szűrővizsgálatok iránti attitűdjeit vizsgáltuk,
- a második fázisban nemzetközi kutatás keretén belül az Ausztráliai Államszövetség és Németország egy-egy kisebb területi egységében, és Magyarország (zalaegerszegi kistérség) ápolói között elemeztük, hogy a megfelelő szakmai ismeretekkel rendelkező egészségügyi dolgozók milyen motivációs magatartást tanúsítanak a nőgyógyászati szűrővizsgálattal szemben. Ennek a vizsgálatnak az adta a jelentőségét, hogy az egészségügyi dolgozók szerepe alapvető az egészségmegőrzésben, a többi között annak következtében is, hogy az orvosok mellett az ápolók modellszerepet töltenek be a betegek számára. Következésképpen, testi-lelki jól-létük, a szűrésen való megjelenésük közvetve befolyással bír az egész társadalom magatartására.

1998 óta a fő kutatási területem a nőgyógyászati szűrésen való részvétel vizsgálata. Első szakdolgozatomat „Szűrővizsgálatok jelentősége a nőgyógyászat körében” címmel készítettem el a SZOTE Egészségügyi Főiskolai Kar Diplomás ápoló Szakán. A választott téma oly mértékben foglalkoztatott, hogy a kérdőíves vizsgálatomat kiszélesíttem, és 2003-2004 között véletlenszerű mintavételi technikával kiválasztott Zalaegerszegen élő nők körében is elvégeztem. A 207 főből álló mintát a Zala Megyei Kórház ápolói, a PTE Egészségügyi Főiskola Zalaegerszegi Képzési Központ diplomás ápoló hallgatói, valamint egy zalaegerszegi nagyvállalat nődolgozói képezték. Az kutatás eredményeit a Nővér című folyóirat 2005-ben közölte (Karamánné és mtsai 2005). Ez a munka a doktori disszertáció előfutárának tekinthető.

Célkitűzéseink:

1. Elemezni a zalaegerszegi laikus női lakosság szűrésen való részvételi gyakoriságát befolyásoló szocio-demográfiai háttértényezőket.
2. Feltárni, hogy milyen a megyeszékhelyen és vonzáskörzetében élő nők szubjektív egészségi állapota, milyen mértékben veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat.
3. Megvizsgálni, hogy miért alacsony a részvétel a cervix-szűrésen, mi az oka a szervezett szűrővizsgálattól való távolmaradásnak.
4. Megismerni, hogy kik mennek el szűrésre, és milyen motiváló tényezők befolyásolják a szűrésen való részvételt.
5. Megismerni és összehasonlítani a szocio-demográfiai adatok függvényében, hogy a megyeszékhelyen dolgozó ápolóknak milyen a viszonyulása a szűrővizsgálatokhoz, szemben az ausztrál és német ápolókkal.
6. Feltárni azokat az ok-okozati összefüggéseket, amelyek befolyásolják a szűrésen való megjelenést.
7. Célunk volt a szervezett, célzott lakossági méhnyak szűrés hatékonyságának fokozására használható eszközök azonosítása, továbbá a szürendő célpopuláció egyes rétegeiben az eltérő részvételi arányok különbségeinek és az esélyegyenlőtlenségnek a csökkentésére megoldási módozatok ajánlása a megjelenési mutatók javításához. Motivációs vizsgálatunk eredményeivel a népegészségügyi, egészség-gazdaságtani kutatásokhoz és nemzetközi összehasonlító elemzésekhez kívánunk hozzájárulni.

Hipotézisek

1. A szűrés lehetőségét igénybe vevő és igénybe nem vevő részpopulációk szignifikánsan különböznek a főbb szocio-demográfiai mutatók alapján.
2. A diplomával és érettségi bizonyítvánnyal rendelkezők nők kedvezőbb motivációs magatartással rendelkeznek, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek.
3. A 30-49 éves korosztálynak szignifikánsan kedvezőtlenebb a hozzáállása a méhnyakszűréssel, és az azt befolyásoló motivációs tényezőkkel szemben, mind a fiatalabb, mind az idősebb korosztályhoz viszonyítva.
4. Egyes családi háttértényezők (családi állapot, több gyermek) negatívan befolyásolják a szűrésen való részvételt.

5. Akik a szűrendő célcsoportból számosan privát szakorvossal rendelkeznek, és szignifikánsan gyakrabban jelennek meg a szűrésen.
6. A félelem, a szégyenérzet és a feltételezett vagy tapasztalt fájdalom tartja távol a nőket a szűrővizsgálattól.
7. Feltételezzük, hogy a nyereséjüket, jutalom nem szolgál ösztönző tényezőként, a nők jelentős hányada elutasítja az ilyen jellegű kezdeményezéseket.
8. Az ápolóknak nemcsak az egészségükhöz való viszonyuk, de a rendszeres szűrésen való megjelenésük is példaértékű, ezáltal hiteles egészségmegőrző társadalmi szerepet töltenek be.
9. Az ausztráliai ápolók rákszűréssel kapcsolatos attitűdje kedvezőbb a magyar és német ápolókhoz viszonyítva.

6. Módszer

6.1. Mintavétel

6.1.1. Laikus felmérés

Kvantitatív, keresztmetszeti, egészségtudományi, részben feltáró, részben leíró, részben magyarázó jellegű kutatásunkat a 15-60 éves zalaegerszegi, egészségügyi végzettséggel nem rendelkező nők körében végeztük el. Reprezentatív felmérésünkre 2007. január és 2008. december között került sor.

6.1.1.1. A célcsoporton belüli mintaválasztás menetének ismertetése

A képviseleti minta 1000 nőt foglalt magába, amelynek kialakítása a Magyarországon élő 15-60 éves korosztály alapján rétegzett módszerrel történt, az életkor figyelembe vételével (8. táblázat).

8. táblázat: Életkor szerinti megoszlás hazánkban, Zala megyében és a vizsgált mintában

Korcsoport	Hazánkban a 15-60 év közötti nők N (%)	Zala megye 15-60 év közötti lakossága N (%)	Minta N (%)
15-19 év	302 749 (9,5)	2 115 (9,9)	95 (9,5)
20-29 év	690 518 (21,6)	4 667 (21,9)	216 (21,6)
30-39 év	772 975 (24,2)	4 763 (22,4)	242 (24,2)
40-49 év	637 512 (20,0)	4 142 (19,5)	200 (20,0)
50-59 év	788 100 (24,7)	5 534 (26,1)	247 (24,7)
Összesen	3 191 854 (100,0)	21 221 (100,0)	1 000 (100,0)

Forrás: KSH 2002, KSH 2008

A felmérés során a munkánkat a PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központ ápoló, gyógytornász és egészségügyi ügyvitelszervező szakos hallgatói segítették. A megyei jogú város, Zalaegerszeg az alábbi főbb városrészekből áll: Belváros, Páterdomb, Kertváros, Landorhegy, Kaszaháza, Ola városrész, Zalabesenyő, Csácsbozsók, valamint Zalaegerszeghez tartozó, de korábban önálló településként működő: Botfa, Andráhida, Pózva, Bazita, Szentersébethegy, Ságod. A kutatásba bevont Zalaegerszeg vonzáskörzetbe tartozó falvak: Pethőhenye, Bak település volt. A minták kiválasztásakor az ún. „véletlen sétás” módszert alkalmaztuk. Ennek megfelelően egy előre meghatározott helyről indulva, egy meghatározott körzeten belül haladva, Zalaegerszeg és vonzáskörzetében minden ötödik háztartásban, tömbházas területeken házanként minden 5. lakásban kellett kérdőívet felvenni. Ez az eljárás biztosította a háztartások véletlen kiválasztását. A háztartásokon belül egy meghatározott életkori sávba (18-65 év) tartozó személyekkel vettünk fel kérdőívet. Ebben a felmérésben a „születésnap” módszerrel biztosítottuk a kérdezett személyének véletlen kiválasztását:

több alkalmas személy esetén azt a személyt kellett választani, akinek születésnapja legközelebb volt a kérdés napjához (Kalton 2001; Verma 2001).

Két év alatt 1300 kérdőívet osztottunk ki, amelyek közül kitöltve 1116 darabot kaptunk vissza. A visszautasítás mértékét (14%) átlagosnak értékeltük. Korábbi tapasztalatok bizonyítják, hogy a felmérésben való részvételi szándékot a kérdőív hosszúsága is befolyásolta (Rózsa és mtsai 2003), így vizsgálatunkban ezt a szempontot is figyelembe vettük. Statisztikai feldolgozásra az 1116 kérdőívből 1000 darab volt alkalmas, ez a motivációs kérdőívek 90%-át jelentette. A statisztikai feldolgozásból kizárt 116 fő nem adott „értékelhető” minősítést. Abban az esetben adtunk értékelhető minősítést, ha a kérdőívet kitöltők a kérdések 90%-ára releváns módon válaszoltak.

A feldolgozás során a mintából 5 korcsoportot alakítottunk ki (15-19 év, 20-29 év, 30-39 év, 40-49 év, 50-59 év), hogy a szűréssel szembeni motivációt a különböző életszakaszok szerint is vizsgálat tárgyává tehesük.

6.1.1.2. Beválasztási és kizárási kritériumok

A minta kiválasztásához Zalaegerszeg és a város vonzáskörzetében élő 15-60 év közötti női populációt vettük figyelembe. A kizárási kritériumként az egészségügyi végzettséget (orvos, ápoló, dietetikus, gyógytornász, védőnő, mentőtiszt), a 60 évnél idősebb és a 15 évnél fiatalabb életkort határoztuk meg. Kizárásra kerültek azok a kérdőívek, melyek nem kaptak „értékelhető minősítést”.

6.1.2. Ápolói felmérés

A vizsgálatunk az ápolók körében kvantitatív, keresztmetszeti, egészségtudományi, részben feltáró, részben leíró, részben magyarázó jellegű. A minta kiválasztását mindhárom ápolói csoportnál nem véletlenszerű, kényelmi mintavételi technikával végeztük. A végleges minta 314 ápolói végzettséggel rendelkező nőből állt ($N_{\text{ausztráliai}}=104$, $N_{\text{német}}=99$, $N_{\text{magyar}}=111$).

6.1.2.1. A Zala Megyei Kórház ápolói körében végzett felmérés

Felmérésünket 2007. november-december hónapban végeztük a Zala Megyei Kórház ápolói körében, az alábbi osztályok bevonásával: Belgyógyászat, Sebészet, Traumatológia, Onkológia, Szívsebészet, Kardiológia, Gyermeksebészet, Szemészet, Fül-Orr-Gégészet. Önkitöltős kérdőíves módszert alkalmaztunk, amelynek céljából 120

kérdőívet osztottunk ki. Visszaérkezett és adatfeldolgozásra került 111 db kérdőív, vagyis a kitöltési arány 92,5% volt.

6.1.2.2. Németországban történt mintavétel

Németországban egy keleti tartományban (a korábbi Német Demokratikus Köztársaság) és egy nyugati tartományban (a korábbi Német Szövetségi Köztársaság) végeztük a mintavételt 2008. január és december hónap között. Az előbbi mintavétel Mecklenburg-Elő-Pomeránia (*Mecklenburg-Vorpommern*) tartomány egyik körzeti jogú városában a „Stralsundi Ápolói Szolgálat” ápolói körében történt, az utóbbi pedig Hessen tartományban a Frankfurti Diakonia Klinika és Bethania Kórház ápolói körében. A kiküldött kérdőívek száma 120 darab volt. Ezek közül a Stralsundi Ápolói Szolgálattól 30 darab, a Frankfurti Diakonie Klinika kardiológiai, belgyógyászati osztályáról 69 darab értékelhető kérdőív érkezett vissza, így a visszautasítás mértéke 17,5%-os volt. Statisztikai feldolgozásra 99 kérdőívet találtunk alkalmasnak.

6.1.2.3. Ausztrália: Queensland North Armban végzett ápolói kutatás

A kérdőíves felmérésre az Ausztrál Államszövetség Queensland tartományában a North Arm városi kórház Belgyógyászat, Sebészet, Szülészet-nőgyógyászati osztályán került sor 2007. szeptember és decembere között. Postai úton küldtük ki a 120 darab kérdőívet, amelyek közül statisztikailag is értékelhetően 104 darab érkezett vissza, tehát a visszautasítási arány 13,3%-os volt.

6.1.2.4. Kiválasztási és kizárási kritériumok

Mindhárom egészségügyi intézetben csak a közép-és felsőfokú ápolói végzettséggel rendelkező nődolgozókat választottuk ki. Egyik helyszínen sem kerülhettek a mintába az orvosnők, a gyógytornászok, a dietetikusok, továbbá az adminisztratív és kiegészítő feladatokat ellátó személyzet tagjai sem.

6.2. Adatgyűjtési módszerek és eszközök

6.2.1. A laikus kérdőív kérdéscsoportjainak ismertetése

A zalaegerszegi nők körében kiosztott kérdőív kitöltése önállóan és anonim módon történt. Zárt és félig nyitott kérdéseket fogalmaztunk meg az összességében 51 kérdésből álló kérdőív alcsoportjaiban, az önálló véleményalkotásra is lehetőséget adva (6. számú melléklet).

A kérdőív egyes tételei az alábbi kérdéskörök köré csoportosultak:

- **Szocio-demográfiai adatok** (életkor, családi állapot, gyermekek száma, lakóhely, iskolai végzettség, foglalkozás)
- **Egészségi állapot** (testi-lelki állapot, nőgyógyászati megbetegedés előfordulása)
- **Nemzeti Program ismerete**
- **Nőgyógyászati szűrővizsgálat** (első alkalom, utolsó megjelenés, rendszeresség)
- **Motiváció** (távolmaradás okai, motiváció, szűrést végző egészségügyi személyzet)
- **Behívó levél** (motiváció, formai követelmény)
- **Ismertető előadás iránti igény** (igény felmérés, témakör)
- **Szűrővizsgálat helyszíne, légköre** (férfi és női nőgyógyász szakorvosok, asszisztensek magatartásának vizsgálata, mint olyan tényezőké, amelyek befolyásolhatták a szűrés légkörét)
- **Személyes vélemény** (nyitott kérdés formájában, a válaszadóknak az önálló véleményalkotásra is lehetőséget adtunk)

6.2.2. Az ápolói kérdőív kérdéscsoportjainak bemutatása

A magyar ápolók számára készített kérdőív ugyancsak 51 kérdésből tevődött össze és csupán a szocio-demográfiai blokkban található *legmagasabb iskolai végzettség* és a *foglalkozási munkakör* kategóriái tértek el a laikus női lakosság számára elkészített kérdőívtől (7. számú melléklet).

A német ápolók kérdőívében azért szerepelt csak 49 kérdés, mert mellőztük a magyar kérdőívtől eltérően a „*Nemzeti Program ismerete*” blokkot, és a motivációs skálából azt a változót, amely a „*meghirdetett nyereményjáték miatt megyek el a szűrésre*” címet viselte (8. számú melléklet).

Az ausztráliai kérdőív tartalmi elemeit tekintve ugyan nem, de alakiségében és a kérdések számában eltért a hazai, eredeti mintától (9. számú melléklet). Mivel 46 kérdésből állt, a magyar alap-kérdőívhez képest az alábbi blokkokat nem tartalmazta:

- Nemzeti Program ismerete
- Az eredeti motivációs skálából az alábbiakat mellőztük
 - „A meghirdetett nyereményjáték miatt megyek el a szűrővizsgálatra.”

- „ Ha a jövőben nem csak a nőgyógyász, hanem az asszisztense is végezheti a szűrést, abban jobban bízánk.”
- „ Azért nem megyek el, mert nem hívnak be konkrét időpontban.”
- „ Jutalom nélkül is elmegyek a szűrésre.”
- „ Minden évben el kell menni nőgyógyászati szűrésre.”
- Előadás iránti igény
- Formailag eltérő változó
 - Behívó levéllel szemben támasztott követelmény

A magyar, német és ausztráliai kérdőív kérdéseiből a kérdések és az adatok tisztázását követően a teljes összehasonlítás céljából 42 identikus kérdés került kiértékelésre, ezúttal is hangsúlyozva, hogy a **Nemzeti Program ismeretére** csak a magyar ápolók körében tértünk ki.

- **Szocio-demográfiai adatok** (életkor, családi állapot, gyermekek száma, lakóhely, iskolai végzettség, foglalkozás)
- **Egészségi állapot** (testi-lelki állapot, nőgyógyászati megbetegedés előfordulása)
- **Nőgyógyászati szűrővizsgálat** (első alkalom, utolsó megjelenés, rendszeresség)
- **Motiváció** (távolmaradás okai, motiváció, szűrést végző egészségügyi személyzet)
- **Behívó levél** (motiváció, formai követelmény)
- **Előadás iránti igény** (igény felmérés, témakör)
- **Szűrővizsgálat helyszíne, légköre** (férfi vagy női nőgyógyász szakorvos, asszisztens magatartásának vizsgálata)
- **Személyes vélemény** (önálló véleményalkotás általában a szűrővizsgálatról)

6.2.3. Adatbevitel

A visszaérkezett kérdőíveket először ellenőriztük a kitöltés szempontjából, majd ezt követően a nyitott kérdések kódolására került sor. Az adatok rögzítésére az SPSS for Windows 17.0 statisztikai programcsomag adat- és változó tábláit használtuk. Kihhasználva a programcsomag adta lehetőséget, eleve kiszűrtük az extrém értékek rögzítését. A nyers adatbázis elkészítése után ismételten ellenőriztük az adatsorokat, és az ellentmondásosnak tűnő adatokat összevetettük a kitöltött kérdőíveken található eredményekkel (Feith 2007).

6.2.4. A mérőeszköz megbízhatóságának kritériuma

Jelen egészségügyi felmérésünk kérdőívének tervezésénél nagymértékben támaszkodtunk egy korábban elvégzett kutatásra valamint a külföldi szakirodalomban is publikált önkitöltős kérdőívekre (Siahpush és mtsai 2002; Klug és mtsai 2005; Karamánné és mtsai 2005). Tervezetünket próbainterjúkon teszteltük. A laikus próbatesztelés céljából 20 interjúalanyt vontunk be. A próbavizsgálat módszertani és tartalmi tekintetben is eredményesnek bizonyult. Elsősorban azokat a kérdéseket és kérdéscsoportokat kívántuk meghatározni, amelyek nehézséget jelenthettek a kitöltők számára. Így szűrhattuk ki azokat a kérdéseket, amelyek a válaszokban a tényleges lekérdézésnél ellentmondást eredményezhettek volna. Ezeket a szükséges mértékben módosítottuk, sőt egyes esetekben mellőztük a végleges kérdőívől (Feith 2007).

Az adatgyűjtő eszközöknek rendelkeznie kell: megbízhatósággal, validitással és alkalmazhatósággal (Kovácsné és mtsai 2007), ami a társadalomtudományban a pontosságra való törekvést jelenti a természettudományos értelmezéssel, a precizitással szemben (Kovácsné 2007). A kérdőívben alkalmazott skálák szerkezeti stabilitását a Cronbach-féle alfa, validitást a „test-retest” módszer használatával vizsgáltuk. A megbízhatóság az ismételt mérések konzisztenciáját jelenti, azaz ha a vizsgálatot magas fokú megbízhatóság jellemzi, az egyértelműen tanúskodik a következetességről és megismételhetőségről. Ennek vizsgálatára egyes tétel-csoportokat vontunk be abból a célból, hogy azok egymáshoz való viszonyát meghatározzuk. Amennyiben egy mérőeszköz skálájának megbízhatóságát kívánjuk meghatározni, azt vizsgáljuk, hogy a skálát alkotó tételek hasonló dolgot mérnek-e. Egy új mérőeszköz elkészítésénél pszichometriai tényezők esetében ez az egyik legfontosabb tulajdonság, hiszen egy új teszt esetében az a legfontosabb szempont, hogy az elméleti vagy empirikus alapokon egy skálába válogatott tételek valóban egy skálába tartozzanak. A megbízhatóság vizsgálatának több lehetséges módja létezik, melyek közül a Cronbach-alfa értékkel számolt variáció úgy méri a belső konzisztenciát, hogy korrelációt számol a kérdőívben szerepelt kérdésekre adott válaszok között. Ilyen úton ellenőrizhető, hogy az előzetesen kialakított motivációs kérdéscsoportok megbízhatóak-e, vagyis azok a kérdések, melyeket egy-egy motivációs tényező köré előzetes feltételezés alapján (kvázi önkényesen) szerkesztettünk, valóban ugyanazt az egy összetevőt mérik-e (Ketskemény és mtsai 2005, Feith 2007).

A 9. táblázat a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósági mutatóit tartalmazza. A validitás a mérőskála azon tulajdonsága, amely megmutatja, hogy a skála valóban azt a

9. táblázat: Motiváció skála tételszámai és megbízhatósági mutatói

Motiváció		Laikus minta N=1000	Ápolói minta N=314
	Cronbach- α		0,7368
Tételek száma		28	23

jelenséget méri, amelyre tervezték (Virányi és mtsai 2001). A tesztek validitása is jellemezhető számszerűen, 0 és 1 közötti értékkel.

Ez az érték valójában nem más, mint egy speciális megbízhatósági képlet számszerűsítése (Horváth 1993). Validitási vizsgálatunkat az ún. „tesztre teszt” módszer segítségével végeztük, és az eredményeket a Pearson-féle korrelációs együtthatóval értékeltük. A kutatásban 15 személy esetén (egészségügyi szervező hallgatók körében) ismételten ellenőriztük a mérőeszközt, a PTE ETK Zalaegerszegi Képzési Központjában. Az ismétlésre 20 napon belül került sor. A korrelációs együttható értéke alapján ($r=0,75-1$) igen szoros kapcsolatot igazoltunk. Számunkra is meglepetést okozott volna, ha a személyi adatok (pl. az életkor és nem) esetében az együttható eltért volna az 1-es értéktől $p < 0,001$ -es szignifikancia szinten. Összességében a Pearson-féle korrelációs együttható a lekérdezés pontosságát és a válaszlehetőségek egyértelműségét támasztotta alá. Logikusan összetartozó kérdések között statisztikailag is bizonyítható korrelációs összefüggést találtunk.

6.2.5. A kérdőív nyelvi validálása és kulturális adaptálása

Az ausztráliai kérdőív fordítását a Queensland tartományi North Arm Városi Kórházban egy Ausztráliában élő angol anyanyelvű és a magyar nyelvet felsőfokon beszélő szülész nő és egy belgyógyász szakorvos nő segítette. Első lépésben a kérdőívet angolra fordították, majd az eredetivel összevetették a belső koherencia szempontjából, és ezt mérlegelve egy harmadik egyeztetett verziót készítettek. Az eredeti magyar nyelvű kérdőívet tartalmilag sehol sem kellett megváltoztatni, de néhány kérdést mellőzni kellett, mivel ezek nem illeszkedtek az ausztrál szokásokhoz, életmódhoz és életkörülményekhez. A fordítás véglegesítése előtt a kérdőív tesztelését egy hat főből álló egészségügyi végzettséggel rendelkező csoport segítette a kérdések érthetőségének tisztázása céljából. A csoport tagjainak átlagéletkora 45,8 év volt. Legmagasabb iskolai végzettségük: 3 fő főiskola, 3 fő középiskolai érettségi. A fordított angol nyelvű verzió tesztelése során meggyőződhattünk arról, hogy a szöveg jól érthető, a kérdőív minden

nehézség nélkül, könnyen kitölthető. Ezután kezdődött az *önkitöltős* kérdőívek felvétele az ausztráliai nővérek körében. A német nyelvű kérdőív hasonló módon készült, a Pflegedienst-Stralsund szervezet magyar anyanyelvű, de a Németországban élő fordítója és egy német anyanyelvű ápolója segítségével. Az idegen nyelvű kérdőíveket egy független angol és egy független német szakos nyelvtanár segítségével, az angol, illetve a német kérdőív magyarra történő visszafordítása révén is ellenőriztük.

6.3. A statisztikai elemzés módja

A statisztikai elemzést az SPSS 17.0 statisztikai programcsomag segítségével végeztük. Leíró módszer alkalmazásával átlagot, szórást, gyakoriságot, esélyhányadost, mennyiségi változók esetén korrelációt számoltunk. Kategorikus változók kapcsolatának értékeléséhez a Chi-négyzet próbát használtuk. A kapcsolat erősségét diszkrét változók esetén Cramer V kontingencia-együttható alkalmazásával mértük. A nem normál megoszlású változók esetén Spearman-korreláció számítást végeztük. A motiváció kérdésblokkon belül két változó átlagai közötti eltérés kimutatására a kétmintás t-próbára támaszkodtunk. Levene-féle F-próba segítségével ellenőriztük a szórás egyezést. Ha a két csoportban megegyezett a szórás ($p > 0,05$) kétmintás t-próba eredményeit vettük relevánsnak. Eltérő szórások esetén ($p < 0,05$) Welch-féle d-próba eredményét vettük figyelembe. Több csoport esetén egyutas variancia-analízist (ANOVA) használtunk. A validitás kiértékeléséhez varimax elforgatású (90^0 -os szögben történő) főkomponensű faktor analízist hajtottunk végre. A megbízhatóság ellenőrzéséhez Cronbach-féle megbízhatósági együttható meghatározását végeztük el. A logisztikus regresszió segítségével a dichotóm függő változó és a magyarázó változók közötti lineáris kapcsolat erősségét és irányát vizsgáltuk. Dichotóm függő változónak tekintettük „Ön volt-e már méhnyakrák szűrésen?” (1=nem, 0=igen). Magyarázó változóként a kérdőívnek azokat a tételeit választottuk be, amelyek a szűrésen való megjelenést befolyásolhatták (Fábián és mtsai 1998; Falus és mtsai 2000; Dinya 2001; Ketskemény és mtsai 2005).

6.3.1. Faktoranalízis a motiváció kérdésblokk vonatkozásában

A vizsgálatban alkalmazott motivációs mérőskála 28 kérdést tartalmazott, amelyek segítségével a motivációra és a távolmaradás okainak vizsgálatára és a szűrővizsgálatra bevont egészségügyi személyzet szerepére helyeztük a hangsúlyt. A skálán adható válaszok tartományát „kifejezetten így van” és „egyáltalán nincs így” (5 fokozatú

Likert-féle skála típus) választási lehetőségek között határoztuk meg. A skálák összpontszámát az egyes kérdések összeadásával kaptuk meg. A válaszadók átlagpontszáma 90,53 (SD±9,168) pont volt. A skálán pozitív és negatív állításokat tartalmazó kérdéseket helyeztünk el. A megbízhatóság vizsgálatához a skálák negatív tartalmú állításait a válaszadó által megjelölt eredeti érték ellenkezőjére kódoltuk át (pl. ha a válaszadó 5-ös jelölt meg, az új kódja 1-es, ha 2-es jelölt meg, az új kódja 4-es lett, stb). A „Motiváció” kérdésblokkon belül a 10. táblázatban látható kérdések kerültek átkódolásra.

1. táblázat: Az átkódolt változók megnevezése

Kérdés sorszáma	Változók
17.	Azért megyek el szűrővizsgálatra, mert odafigyelek a saját egészségemre
22.	Jutalom nélkül is elmegyek rákszűrésre
25.	Szívesen venném, ha az egészségügyi dolgozó személyesen felkeresne, és részletes tájékoztatást nyújtana a szűrővizsgálatokról
27.	A háziorvos javaslatait mindig megfogadom
28.	Másokat is ösztönzök, hogy jöjjen el velem rákszűrő vizsgálatra
31.	A vidéken élő nők azért nem mennek rákszűrésre, mert sokat kell utaznia a legközelebbi nőgyógyászhoz
32.	A nőgyógyászati vizsgálat nagyon kellemetlen
33.	A hosszú várakozás elriasztja az embereket a szűrővizsgálatról
37.	A nőknek nincs idejük az egészségükkel foglalkozni családi-, munkahelyi kötelezettségeik miatt
38.	A nőket csak anyagilag lehet motiválni, hogy részt vegyenek a rákszűrővizsgálaton
39.	A nőket nem érdekli a saját egészségük
40.	Szívesen vennék részt munkahelyen megszervezett méhnyakrák-szűrésen
41.	Szívesen venném, ha telefonon felhívna a háziorvos vagy nőgyógyász és egyeztetnének a szűrés időpontját

Kérdőív megbízhatósága (Cronbach-féle α) 0,7368 volt. Jelen esetben az MSA-értékek (Measures of Sampling Adequacy) 0,542-0,866 között alakultak.

A 11. táblázatból leolvasható, hogy a Bartlett-próba null-hipotézisét (a kiinduló

11. táblázat: A motiváció kérdéskör KMO és Bartlett teszt eredményei

Kaiser-Meyer-Olkin-kritérium		,771
Bartlett-teszt	Próbafüggvény	1980,437
	df	55
	Sig.	,000

változók között nincs korreláció) el lehet vetni, mivel a szignifikancia-szint kisebb 0,05-nél, azaz a Bartlett-próba szerint a

kiinduló változók alkalmasak a faktorelemzésre, mivel közöttük megfelelő szintű korreláció áll fenn. A motivációs-skála Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) értéke 0,771 (megfelelő). A KMO-érték az egyik legfontosabb mérőszám annak megítélésében, hogy a változók mennyire alkalmasak a faktorelemzésre (Sajtos és mtsai 2007) (11. táblázat).

A helyzet annál kedvezőbb, minél közelebb áll az érték az 1-hez. A Bartlett teszt alapján a korrelációs mátrix szignifikánsan eltér az egységmátrixtól (a próbafüggvény értéke 1980, a próbafüggvény 55 szabadságfokú Chi-négyzet eloszlású; a szabadságfok a páronkénti korrelációk száma, amit így számíthatunk ki: $0,5*(m^2-m)$; jelenleg 11 változó van, tehát $0,5*(11^2-11)=55$ korreláció. Az iniciális kommunalitás (Initial) a többszörös korrelációs együtthatók négyzeteiből adódik. Tanulmányozásuk nem haszon nélküli, mert azok a változók, amelyek mellett kis érték áll, „kilógnak” a változó-készletből, vagyis ezeknek a viselkedése kevésbé magyarázza az összes többi mért változót. A többszörös korrelációs együtthatók négyzetei többé-kevésbé jól jelzik, hogy mely változók nem „simulnak bele” a látens struktúrába, és ezeket előbb-utóbb mellőzni kell az elemzésből. Elfogadható módon leképezettnek tekinthetünk minden olyan változót, melynek kommunalitása eléri a 0,25 értéket, következésképpen, az elvégzett elemzés eredményéhez ilyen módon ragaszkodva 17 változótól kellett megválnunk. Így a végleges elemzésbe 11 változót vontuk be (Sajtos és mtsai 2007; Kovácsné 2007).

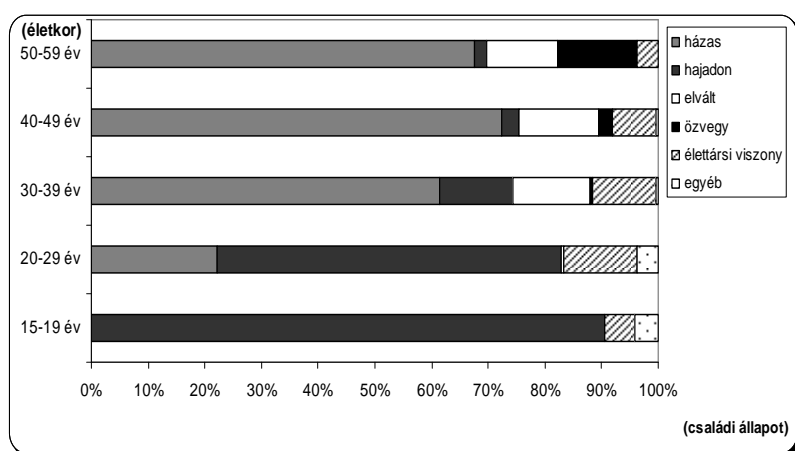
7. Eredmények laikus nők körében

Az értékelésnél az alábbi csoportosítást alkalmaztuk:

1. Szocio-demográfiai adatok
2. Az egészségi állapot önértékelése, szakemberrel való kapcsolattartás.
3. A Nemzeti Program ismerete
4. Megjelenés a nőgyógyászati szűrésen
5. Privát szakorvos szerepe a szűrésben
6. Motiváció/távolmaradás
7. Behívó levél
8. Előadás iránti igény
9. Szűrővizsgálat helyszíne, légköre

7.1. Szocio-demográfiai adatok

A vizsgált minta szocio-demográfiai jellemzőit a 12. táblázat foglalja össze. Az átlagéletkor 37,72 év (SD±12,59) 16-59 éves életkori tartományban. Családi állapot tekintetében a házaspári kapcsolat (50,7%) volt jellemző. Magas a hajadonok aránya



7. ábra: A családi állapot jellemzőinek megoszlási viszonyzamai (%) életkori bontásban (N=998)

megemelkedett az 50-59 évesek között (7. ábra).

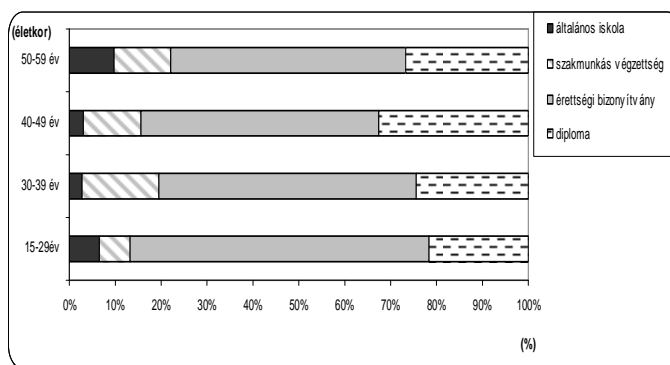
Tekintettel arra, hogy befolyást gyakorolhatott a szűrésen való részvételre, azt is megkérdeztük, hogy hány kiskorú gyermek él a családban. A válaszadók 39,4%-a nevel 18 éven aluli gyermeket, azonban arra is felfigyeltünk, hogy a 20-29 éves korcsoportban nagyarányú a feltételezhető gyermektelenség (72,7%).

(25,9%), a mintában szereplő 18-30 éves korosztálynál a legmagasabb. Az élettársi viszony a 20-39 éves korosztálynál a leggyakoribb. Az elváltak aránya 9,3% volt, az özvegyek aránya, amint az várható volt,

12. táblázat: Szocio-demográfiai jellemzők laikus nők körében (N=1000, n/%)

Kategória	Abszolút számban	%-ban	Kategória	Abszolút számban	%-ban
Családi állapota			Foglalkozás		
Házass	507	50,7	Vállalkozó/Gazdasági Társaság tulajdonos	78	7,8
Hajadon	259	25,9	Köztisztviselő/közalkalmazott	525	52,5
Elvált	93	9,3	Magánalkalmazott	134	13,4
Özvegy	41	4,1	Háztartásbeli	16	1,6
Élettársi kapcsolat	84	8,4	Nyugdíjas/Rokkant nyugdíjas	33	3,3
Egyéb	14	1,4	Munkanélküli	44	4,4
Nem válaszolt	19	2,1	Főállású anya/GYED,GYES	41	4,1
			Tanuló	60	6,0
			Nem válaszolt	69	6,9
Életkor			18 éven aluli gyermekek száma		
16–19 év	95	9,5	Nincs	586	58,6
20–29 év	216	21,6	1 gyermek	224	22,4
30–39 év	242	24,2	2 gyermek	148	14,8
40–49 év	200	20,0	3 gyermek	19	1,9
50–59 év	247	24,7	4 vagy ennél több gyermek	3	0,3
			Nem válaszolt	20	2,0
Lakóhely			Legmagasabb iskolai végzettség		
Zalaegerszeg	576	57,6	8 általános vagy ennél kevesebb	57	5,7
Kis város	121	12,1	Szakmunkásképző	116	11,6
Nagyközség	38	3,8	Érettségi bizonyítvány	568	56,8
Kisközség	265	26,5	Diploma	257	25,7
			Nem válaszolt	2	0,2

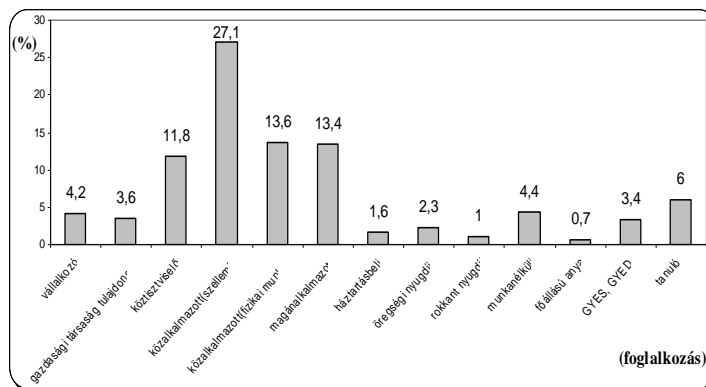
Iskolai végzettséget vizsgálva jól érzékelhető, hogy magas a gimnáziumi, szakközépiskolai érettségivel rendelkezők száma (56,8%). Szakmunkás bizonyítvánnyal a megkérdezett nők 11,6%-a rendelkezik. A diplomások aránya is jelentős



8. ábra: Iskolai végzettség életkori megoszlás (%) szerint (N=998)

(25,7%). Elenyésző a csak nyolc általános iskolai végzettségűek száma. Az iskolai végzettséget életkor szerinti megoszlásban is ábrázoltuk (8. ábra).

Lakóhely szerint a megyeszékhelyen él a nők 57,6%-a, illetve annak vonzáskörzetéhez tartozó településeken a 42,4%-a. Nagy az aktív korú és dolgozó nők aránya, amennyiben 38,9%-ban a közsférában dolgoznak (köztisztviselő, „szellemi” tevékenységű közalkalmazott), 13,6%-ban pedig fizikai munkát végeznek.



9. ábra: Foglalkozás szerinti megoszlás (N=931, n/%)

Elenyésző a vállalkozó, nyugdíjas, háztartásbeli, munkanélküli, tanuló és az otthon 3 éven aluli gyermekét nevelő nők száma (9. ábra).

7.2. Az egészségi állapot önértékelése, szakemberrel való kapcsolattartás

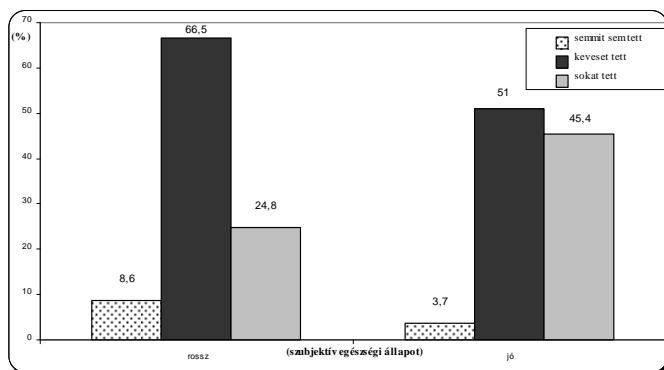
A kérdőívben az egészség szubjektív megítélésére négyfokú skála adott lehetőséget:

a 4-es a nagyon jó, az 1-es a nagyon rosszat jelentette. Az aktuális testi-lelki egészségi állapot értékelésében az átlagpontszám 2,87 (SD±0,62) volt. Pozitív minősítést adott (nagyon jó, jó) saját egészségi állapotára a nők 81%-a, negatív értéket (rossz, nagyon rossz) a teljes minta 19%-a.

Az egészségi állapot szubjektív megítélése a szocio-demográfiai kérdések alapján családi állapot ($\chi^2=12,187$, $f=5$, $p=0,032$ és Cramer V=0,111, $p=0,032$), iskolai végzettség ($\chi^2=16,343$, $f=3$, $p=0,001$ és Cramer V=0,129, $p=0,001$) szerint találtunk szignifikáns eltérést. A magasabb iskolai végzettségűek (diploma: 88,6%, érettségi: 79,9%), a hajadonok (83%), a házasságban (82,5%) és élettársi kapcsolatban (81,7%) élők nagyobb százalékban ítélik jobbnak az egészségi állapotukat. A szubjektív egészségi állapot pozitív megítélése kisebb arányú az elváltaknál (72,8%), az özvegyeknél (73,2%), az általános iskolai végzettségűeknél (75,4%) és a szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezőknél (72,6%). Az egészségi állapot megőrzéséért aktívan cselekszik a válaszadók 40,8%-a. Ezzel szemben 57,9%-ban arról számoltak be, hogy keveset vagy egyáltalán nem tesznek semmit az egészségük érdekében. A diplomás nők 52,9%-a állítja, hogy nagyon sokat tesz az egészsége érdekében, míg az általános

végzettségük 14,3%-a semmit, 58,9%-a pedig keveset tesz érte ($\chi^2=33,569$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer V=0,131, $p<0,001$)

További szignifikáns összefüggés mutatható ki a testi-lelki egészség megítélése és az egészség megőrzése érdekében történő cselekvés között ($\chi^2=30,053$, $f=3$, $p<0,001$, Cramer V =0,175, $p<0,001$).

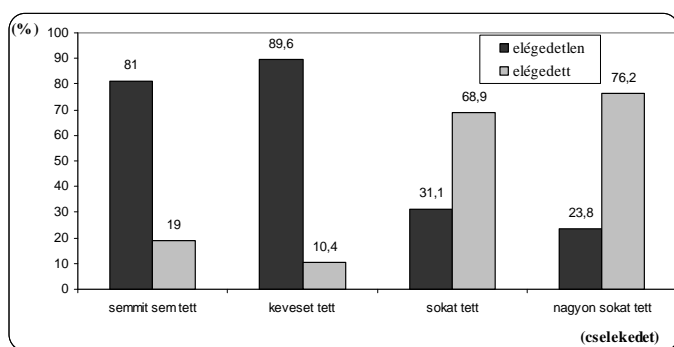


10. ábra: Szubjektív egészségi állapot és cselekvés az egészség fenntartása érdekében (N=979, n/%)

Akik többet tesznek az egészségükért, szignifikánsan jobbnak is ítélik meg az egészségi állapotukat (10. ábra). A válaszadók 58,7%-a elégedetlen volt azzal, amit tett az egészsége fenntartása érdekében. Szoros ok-okozati összefüggést találtunk

a cselekedet és az elégedettség között ($\chi^2=332,864$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer V=0,606, $p<0,001$). Az a nő, aki sokat tesz az egészségi állapotáért szignifikánsan elégedettebb,

mint aki semmit sem tesz érte (11. ábra).

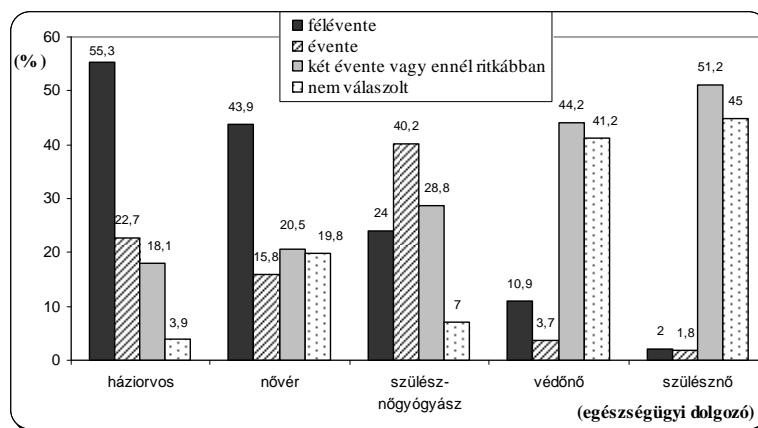


11. ábra: Az egészség fenntartása érdekében tett cselekedett és az elégedettség (N=906, n/%)

A válaszadóknak többszörös választási lehetősége volt arra a kérdésre, hogy „Előfordult-e már Önnel és/vagy szűkebb környezetében a felsoroltak közül nőgyógyászati megbete-

gedés?”. Az elemzés alapján az alábbi betegségek fordultak elő: gyulladás (22,7%), menstruációs zavar (23,8%), jóindulatú (18,4%) és rosszindulatú daganat (4,5%) és valamilyen betegség miatt végzett nőgyógyászati műtét (22,2%).

Saját egészségük érdekében a válaszadók a házi orvosuknál fél éven belül 55,3%-ban, évente 22,7%-ban, két évente vagy ennél ritkábban 18,1%-ban jártak. Nőgyógyász szakorvoshoz 24%-ban fél évente, 40,2%-ban



12. ábra: Egészségügyi szakemberrel való kapcsolattartás (N=1000, n/%)

évente, 28,8%-ban két évente vagy ennél ritkábban fordultak. Védőnővel 10,9%-ban, szülésznővel 2,0%-ban találkoztak fél éven belül az egészségük védelmében (12. ábra).

Szignifikáns különbség mutatható ki a „házi orvoshoz fordulási szokások” terén az életkorral (folytonos)(rho= -0,129, p <0,001), életkorral (kategórikus) ($\chi^2=22,025$, f=8, p=0,005, Cramer V=0,107, p=0,005), családi állapottal ($\chi^2=23,556$, f=10, p=0,009, Cramer V=0,111, p=0,009), egészségi állapot szubjektív megítélésével ($\chi^2=19,380$, f=3, p <0,001, Cramer V=0,143, p <0,001). A 15-19 éves fiatalok (66,7%), az 50-59 éves korosztály (66,5%), az özvegyek (74,4%) és a rossz egészségi állapottal rendelkezők (72,1%) nagyobb arányban fordulnak fél éven belül saját egészségi állapotuk érdekében a családorvosukhoz.

7.3. Ismeretek a Nemzeti Programról

A Nemzeti Program kiemelt figyelmet fordít a daganatos megbetegedések megelőzésének és szűrésének megszervezésére. Az ennek keretében megszervezett méhnyakrák szűrésről a válaszadó hölgyek 84,1%-a hallott különböző televíziós (20,6%), rádiós műsorok (20,6%) révén, illetve újságok (37%) olvasása kapcsán.

Mindenképpen figyelmet érdemel, hogy csekély az egészségügyi személyzet részéről történő tájékoztatás, ugyanis a válaszadóknak 22,6%-a nőgyógyász szakorvosától, 13,7%-a egészségügyi dolgozótól és 8,6%-a a házi orvosától hallott a Programról. Teljes ismerethiány csupán 7,8%-ban fordult elő, és 6,6% vallotta be, hogy csak hallott valamit, de ezen kívül semmilyen más ismerete nem volt.

Chi-négyzet próbával igazolt összefüggések: életkorral ($\chi^2=27,534$, f=8, p=0,001, Cramer V=0,118, p=0,001), családi állapottal ($\chi^2=26,939$, f=10, p=0,003, Cramer V=0,117, p=0,003), iskolai végzettséggel ($\chi^2=18,979$, f=6, p=0,004, Cramer V=0,098,

p=0,004), a foglalkozás típusával (aktív, passzív)($\chi^2=11,823$, f=2, p=0,003, Cramer V =0,113, p=0,003), egészségi állapot megítélésével ($\chi^2=6,685$, f=2, p=0,035, Cramer V =0,083, p=0,035).

A Nemzeti Programról nagyobb százalékos arányban hallottak az özvegyek (95%), az 50-59 évesek (91,4%), a 40-49 éves korosztály (89,3%), az aktív dolgozók (87,2%), a diplomások (91,3%) és a jó egészségi állapottal rendelkezők (86,7%).

Saját bevallásuk szerint a fiatal 15-19 éves nők 17,4%-a, az általános iskolai végzettségűek 16,4%-a, a hajadonok 12,7%-a semmit nem tudott a Nemzeti Programról.

7.4. Részvétel a nőgyógyászati szűrésen

Életében legalább egyszer járt (N=855) cytológiai szűrésen a válaszadók 85,5%-a. Szignifikáns kapcsolatot mutatható ki a szűrésen legalább egyszeri alkalommal történő részvétel esetén az életkorral ($\chi^2=158,224$, f=4, p<0,001, Cramer V=0,399, p<0,001), a családi állapottal ($\chi^2=127,875$, f=5, p <0,001, Cramer V=0,359, p <0,001), az iskolai végzettséggel ($\chi^2=32,375$, f=3, p <0,001, Cramer V=0,181, p <0,001) és a foglalkozás típusával (aktív, passzív)($\chi^2=24,871$, f=1, p <0,001, Cramer V=0,164, p <0,001).

A szakmunkás végzettségűek (92,2%), a diplomával rendelkezők (93,4%), a 30-59 év közöttiek (több, mint 90%) és az aktív dolgozók (89,6%) nagyobb arányban jelentek meg életük folyamán legalább egyszer a szűrésen.

Sajnos, 13,8%-ban mindez ideig távolmaradtak a nőgyógyászati rákszűréstől (N=138). Szocio-demográfiai adatok alapján tovább elemezve megállapítható, hogy a 15-19 évesek 53,3%-a, az általános végzettségűek 31,5%-a, a hajadonok 34,8%-a és a munkaviszonnyal nem rendelkezők 24,1%-a (nyugdíjas, tanuló, GYES/GYED) egyszer sem vett részt méhnyak-szűrésen.

Akik életük folyamán legalább egyszer már jártak rákszűrésen, 69,4%-ban – a Nemzeti Programban megfogalmazott – minimum három éves intervallumon belül jelentkeztek (N=693). Közöttük 70,41% évente (N=489), 21,06% két évente (N=146), 0,08% 3 évente jelentkezik nőgyógyászati szűrővizsgálatra (N=59). A válaszadók 7,7%-a 3 évnél ritkábban megy szűrésre, és mindösszesen 5%-a vallja azt, hogy a nőgyógyász szakorvos javaslata határozza meg a szűrésen való megjelenés gyakoriságát (13. táblázat).

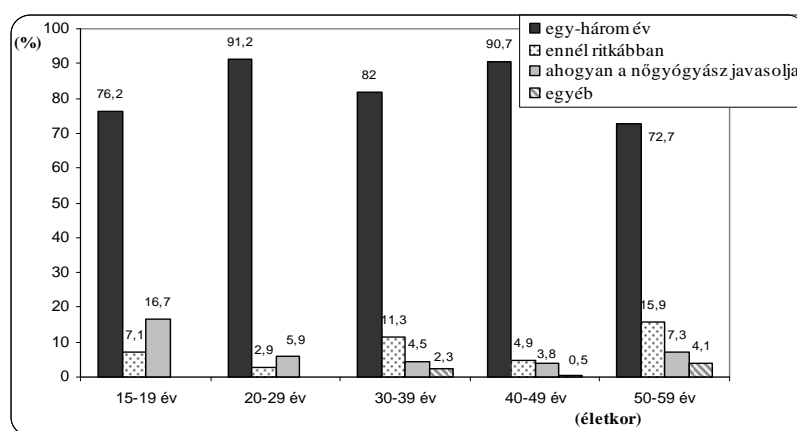
13. táblázat: Nőgyógyászati szűrésen való megjelenés (N=1000)

Részvétel nőgyógyászati szűrésen	Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság
<i>szűrésen megjelent</i>	855	85,5
• 1-3 éves intervallum	693	69,3
– évente	489	48,9
– két évente	146	14,6
– három évente	59	5,9
• ennél ritkábban	76	7,6
• ahogyan a nőgyógyász javasolja	50	5,0
• egyéb	14	1,4
• nem válaszolt	22	2,2
<i>szűrésen nem jelent meg</i>	138	13,8
<i>nem válaszolt</i>	7	0,07

A szűrésen való részvétel gyakorisága az alábbi változókkal mutat szignifikáns kapcsolatot: életkorral ($\chi^2=87,128$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer V=0,161, $p<0,001$), családi állapottal ($\chi^2=26,755$, $f=5$, $p=0,031$, Cramer V=0,103, $p=0,031$), iskolai végzettséggel ($\chi^2=29,386$, $f=9$, $p<0,001$, Cramer V=0,108, $p<0,001$), foglalkozás típusával (aktív, passzív) ($\chi^2=7,963$, $f=3$, $p=0,047$, Cramer V=0,101, $p=0,047$), egészségi állapot megítélésével ($\chi^2=11,465$, $f=3$, $p=0,009$, Cramer V=0,118, $p=0,009$), elégedettség az egészség fenntartásáért való cselekedettel ($\chi^2=66,114$, $f=15$, $p<0,001$, Cramer V=0,163, $p<0,001$), háziorvossal való kapcsolattartással ($\chi^2=18,621$, $f=6$, $p=0,005$, Cramer V=0,108, $p=0,001$), rosszindulatú daganat előfordulásával ($\chi^2=10,999$, $f=3$, $p=0,012$, Cramer V=0,116, $p=0,001$), Nemzeti Program ismeretével ($\chi^2=20,961$, $f=6$, $p=0,002$, Cramer V=0,113, $p=0,002$).

Az elemzés során megnyugtató eredményeket kaptunk, ha a szűrésen való megjelenés gyakoriságát illetően a *három éves szűrési intervallumot állítottuk a vizsgálat középpontjába*. A 20-29 és a 40-49 éves korosztály több, mint 90%-a, a 30-39 éves

korosztály 82%-a, a 15-19 éves korosztály 76,2%-a és az 50-59 évesek 72,7%-a figyel a szűrés rendszerességére (13. ábra). Tovább elemezve megállapítható, hogy a 20-29 év közöttiek



13. ábra: Méhnyakrák szűrésen való megjelenés gyakorisága korcsoport szerinti

72,9%-a, a vizsgálatban résztvevő többi korosztály (15-19 és a 30-49 évesek) több, mint 60%-a, az 50-59 éveseknek pedig 38,6%-a jelenik meg *évente*.

Családi állapotot tekintve az élettársi kapcsolatban élők (88,3%), a házások (82,6%) és a hajadonok (86%) nagyobb százalékban jelennek meg 1-3 éves intervallumon belül, mint az elváltak (76,2%) és özvegyek (78,9%). Az elváltak 14,3%-ban három évnél ritkábban jelennek meg és 8,3%-ban a nőgyógyász véleményét helyezik előtérbe.

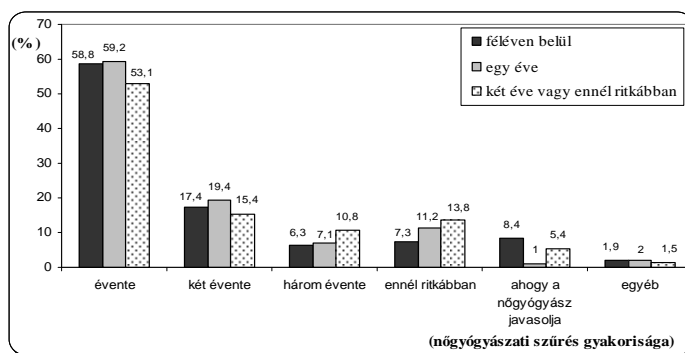
Magas megjelenési arány tapasztalható a diplomával (86,1%) és érettségivel (84,5%) rendelkezők körében. Az általános iskolai végzettségű nők 69,4%-a jelenik meg a kívánt intervallumon belül, de 22,2%-a a nőgyógyász tanácsa alapján hozza meg döntését. A szakmunkás végzettséggel rendelkezők 74,8%-a megy el legalább évente, de 15,5%-a vallja be, hogy ennél ritkábban jelenik meg.

Azoknál a nőknél, akiknek rosszindulatú daganatuk volt, vagy szűkebb környezetükben fordult elő ilyen betegség, nagyobb arányú a megjelenés (17,9%) a nőgyógyász javaslata alapján.

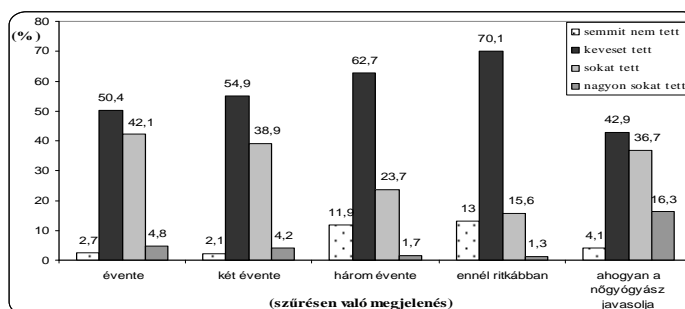
A családorvosnak fontos szerepe van a területi lakosság általános szűrésében. A 14. ábra jól szemlélteti, hogy aki 1 éven belül járt a háziorvosánál, az évenkénti szűrővizsgálaton is nagyobb arányban vesz részt.

Érdekességként látható a 15. ábrán, hogy minél ritkábban mennek a nők szűrővizsgálatra, annál kevesebbet tesznek az egészségük fenntartása érdekében. A három évnél ritkábban megjelenők

magasabb arányban (78,4%) tekintik elégtelennek az egészségi állapotuk fenntartása érdekében tett lépéseiket, szemben azokkal, akik 3 éves intervallumon belül rendszeresen jelentkeznek a szűrésre ($\chi^2=9,715$, $f=3$, $p=0,021$, Cramer $V=0,113$, $p=0,021$).



14. ábra: A háziorvossal való kapcsolattartás és a szűrésen való részvétel összefüggéseinek megoszlása (N=804)



15. ábra: A szűrővizsgálaton való megjelenés és tevőleges részvétel az egészség fenntartásában (N=813)

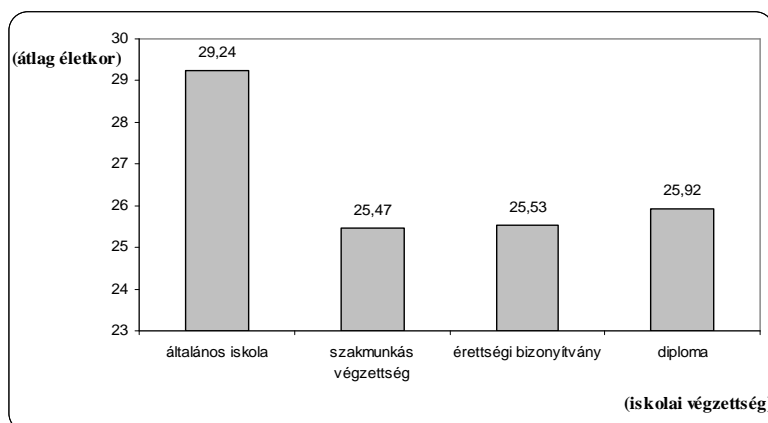
Az első nőgyógyászati vizsgálat átlagéletkora 25,79 (SD±8,71, minimum=14, maximum=53) év. A válaszadók (N=801) jelentős része (71,9%) 30 éves kor alatt jelent meg első alkalommal. Számunkra meglepő módon olyan nő is szerepelt a mintában, aki 50 éves kora után ment el először szűrésre (14. táblázat).

14. táblázat: Az első nőgyógyászati szűrésen való megjelenés (N=1000)

Részvétel az első nőgyógyászati szűrésen	Relatív gyakoriság % (n)	Valid gyakoriság (N=801) %
<20 év	22,1 (221)	27,6
20-29 év	35,5 (355)	44,3
30-39 év	12,9 (129)	16,1
40-49 év	8,4 (84)	10,5
50-59 év	1,2 (12)	1,5
nem válaszolt	19,9 (199)	–

Spearman-korrelációs együttható segítségével szignifikáns kapcsolat állapítható meg életkori bontás (rho=0,703, p<0,001), illetve a munkaviszony fennállása vagy hiánya alapján (rho= -0,159, p <0,001). Minél fiatalabb valaki, annál korábban jelenik meg a vizsgálaton, a munkavi-

szonyban állók azonban később kerülnek az első rákszűrésre. Bár korrelációs összefüggést nem találtunk az iskolai végzettség és az első nőgyógyászati vizsgálat között, a 16. ábrát áttekintve mégis meg-



16. ábra: Első szűrővizsgálat, az átlagéletkor és iskolai végzettség tekintetében (N=1000)

állapíthatjuk, hogy a szakmunkás-, és érettségi bizonyítvánnyal, valamint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 4 évvel korábban jelennek meg az első vizsgálaton, szemben a 8 általános iskolai végzettségűekkel.

A kérdőívben arra is rákérdeztük, hogy milyen gyakran kell méhnyakrák szűrésen megjelenni. Meglepő módon a nők 98,4%-a tisztában van azzal, hogy ez 1-3 éven belül esedékes, és nagy arányban (81,8%) élnek is az évenkénti rákszűrés lehetőségével. Elenyésző volt azok száma, akik bevallották, hogy nem tudják a pontos választ, de

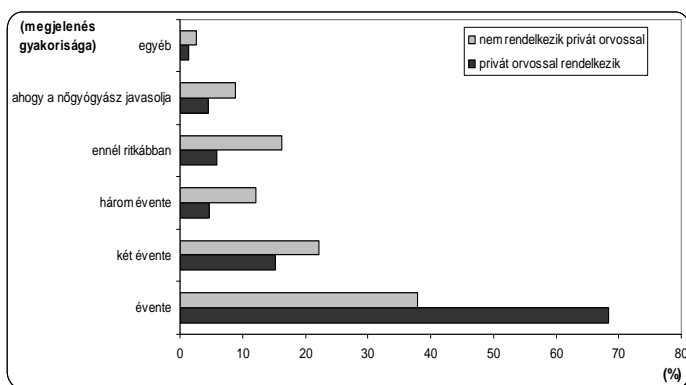
feltételezhető, hogy a választ megtagadók (n=170) között is a nagyfokú bizonytalanság a szűrésen való megjelenés gyakoriságát illetően (15. táblázat).

15. táblázat: A nőgyógyászati szűrésen való részvétel ismerete és a megjelenés összefüggésnek vizsgálata (N=830)

		Ön milyen gyakran jár szűrésre?							
Ön szerint milyen gyakran kell szűrésen megjelenni ?	gyakoriság		évente	két évente	három évente	ennél ritkábban	ahogy a nőgyógyász javasolja	egyéb	összesen
		évente	darab	475	79	27	51	38	9
Sor (%)			70,0	11,6	4,0	7,5	5,6	1,3	100,0
Oszlop (%)			97,3	54,9	45,8	66,2	79,2	64,3	81,8
két évente		darab	11	59	10	19	5	3	107
		Sor (%)	10,3	55,1	9,3	17,8	4,7	2,8	100,0
		Oszlop (%)	2,3	41,0	16,9	24,7	10,4	21,4	12,9
három évente		darab	2	5	19		3	–	31
		Sor (%)	6,5	16,1	61,3	6,5	9,7	–	100,0
		Oszlop (%)	0,4	3,5	32,2	2,6	6,3	–	3,7
ennél ritkábban		darab	–	–	1	2	–	–	3
		Sor (%)	–	–	33,3	66,7	–	–	100,0
		Oszlop (%)	–	–	1,7	2,6	–	–	0,4
nem tudom		darab	–	1		3	2	1	7
		Sor (%)	–	14,3		42,9	28,6	14,3	100,0
		Oszlop (%)	–	0,7		3,9	4,2	7,1	0,8
egyéb		darab	–	–	2	–	–	1	3
		Sor (%)	–	–	66,7	–	–	33,3	100,0
		Oszlop (%)	–	–	3,4	–	–	7,1	0,4

7.5. Privát szakorvos szerepe a szűrésben

Privát nőgyógyász szakorvossal rendelkezik a megkérdezett nők 63,2%-a. Szignifikáns kapcsolatok Chi-négyzet próbával: életkor (kategórikus)($\chi^2=56,028$, f=4, p <0,001, Cramer V=0,238, p <0,001), családi állapot ($\chi^2=38,664$, f=5, p <0,001, Cramer V=0,198, p <0,001), kiskorú gyermek ($\chi^2=13,329$, f=1, p <0,001, Cramer V=0,117, p



17. ábra: Megjelenés gyakorisága a privát szakorvos választás tükrében (N=832)

<0,001), település típus ($\chi^2=20,699$, f=3, p <0,001, Cramer V=0,144, p <0,001), foglalkozás típus (aktív, passzív)($\chi^2=10,075$, f=1, p=0,002, Cramer V=0,104, p=0,002), egészségi állapotért tett cselekedet ($\chi^2=11,831$, f=3,

$p=0,008$, Cramer $V=0,110$, $p=0,008$), szűrővizsgálaton való részvétel gyakorisága ($\chi^2=77,239$, $f=5$, $p < 0,001$, Cramer $V = 0,305$, $p < 0,001$)(17.ábra).

A kapcsolatok összefüggésének vizsgálatánál megállapítható, hogy nagyobb arányban választanak privát szakorvost a házasok (70,4%), az élettársi kapcsolatban élők (75,9%), a nagyvárosban élők (67,3%), a 30-39 évesek (76,9%), a 40-49 évesek (73,5%), az aktív dolgozók (67,4%), azok, akik „nagyon sokat” tesznek az egészségükért (83%) és akinek kiskorú gyermeke van (70,8%). Itt kell kiemelni, hogy aki privát orvossal rendelkezik, szignifikánsan nagyobb arányban megy el (68,4%) évente szűrővizsgálatra ($p < 0,05$)(17.ábra).

A nagyközségben élők 31,6%-a, a 15-19 évesek 43,5%-a, a „keveset tesznek az egészségükért” kategóriába tartozók 48,9%-a, a hajadonok 50,4%-a, az özvegyek 51,2%-a nem vesz igénybe a magánorvosi ellátást.

A magánorvossal rendelkezők ($N=632$) választásban 58,7%-ban nem volt jelentősége annak, hogy férfi vagy nő volt az orvos. Sőt, megközelítően minden harmadik nő szándékosan férfi nőgyógyászt választott (31,5%). A válaszadók mindössze 6,8%-a döntött női szakorvos mellett. (Itt kell megemlíteni, hogy Zalaegerszegen nem dolgozik női nőgyógyász szakorvos, ami az orvosválasztást és a kérdésre adott választ nyilvánvalóan befolyásolta).

Az orvos megválasztásában a legfontosabb szempont (39,2%-ban) a magas szintű szakmai tudás és a nőgyógyászati probléma megbeszélése (38%-ban) volt. Önmagában a szakorvos privát jogállását csak 10,3%-a tartotta fontosnak. Elenyésző azok száma (1,65%), akik csak azért választanak privát szakorvost, mert képesek megfizetni.

Vizsgáltuk továbbá, milyen háttértényezők befolyásolták azt, hogy a megkérdezettek nem rendelkeztek privát orvossal ($N=358$). A válaszokból kitűnik, hogy 52,5% még ahhoz sem ragaszkodott, hogy mindig ugyanaz a szakorvos vizsgálja, 10,6%-ban nem is érdekli őket, hogy ki végzi el a vizsgálatot, végül 26,5%-ban azt válaszolták, hogy anyagi okok miatt nem mennek privát szakorvoshoz.

7.6. A megjelenés motivációjának vizsgálata laikus nők körében

7.6.1. A motiváció skála kérdéseinek bemutató elemzése

A *félelem* érdektelen tényező a nők 6,8%-ában, viszont miatta marad távol a szűrővizsgálatról a minta tagjainak 11,1%-a. Összességében a félelem egyáltalán nem riasztja el a megjelenéstől a megkérdezett nők 81,5%-át. Chi-négyzet-próbával igazolt

szignifikáns kapcsolat mutatható ki: életkorral ($\chi^2=36,045$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,135$, $p<0,001$), egészségi állapottal ($\chi^2=29,60$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,123$, $p<0,001$), egészségi állapotért tett cselekedettel ($\chi^2=16,286$, $f=6$, $p=0,012$, Cramer $V=0,091$, $p=0,012$), szűrésen való rendszerességgel ($\chi^2=41,716$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,158$, $p<0,001$), privát szakorvos választással ($\chi^2=9,847$, $f=2$, $p=0,007$, Cramer $V=0,100$, $p=0,007$). Az összefüggés vizsgálata során aránylag nagyobb arányú félelemről számolt be az 50-59 éves korosztály (16,4%), továbbá akiknek nagyon rossz az egészségi állapota (42,1%), akik semmit sem tesznek a saját egészségük érdekében (21,7%), akik nőgyógyászati szűrővizsgálatra 3 évnél ritkábban járnak (15,6%), és akik nem választanak privát nőgyógyász szakorvost a szűrés elvégzése céljából (15%).

A minta 86,2%-a *odafigyel a saját egészségére*, ezért fontosnak tartja a szűrővizsgálaton való megjelenést is. Szignifikáns kapcsolat mutatható ki: életkorral ($\chi^2=18,828$, $f=8$, $p=0,016$, Cramer $V=0,097$, $p=0,016$), iskolai végzettséggel ($\chi^2=19,229$, $f=6$, $p=0,004$, Cramer $V=0,098$, $p=0,004$), egészségi állapottal ($\chi^2=33,178$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,130$, $p<0,001$) szűrés rendszerességével ($\chi^2=152,43$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,30$, $p<0,001$), egészségi állapotért tett cselekedettel ($\chi^2=48,959$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,158$, $p<0,001$), privát szakorvossal ($\chi^2=29,060$, $f=2$, $p<0,001$, Cramer $V=0,172$, $p<0,001$). Ez az álláspont különösen igaz azokra nézve akik évente (96,5%), két évente mennek el szűrésre (97,2%), sokat tesznek az egészségi állapotukéért (92,8%), továbbá igaz a 40-49 éves (91%) és a 30-39 éves korosztályra (88%), valamint azokra, akik diplomával (90,6%), érettségivel (88%), nagyon jó egészségi állapottal (91,2%), és privát szakorvossal rendelkeznek (91,3%).

Csupán a minta 2%-a érezte úgy, hogy már *túl öreg a méhnyakrák kialakulásához*. Az összefüggések vizsgálata folyamán elmondható, hogy nagyobb részben ért egyet ezzel az állítással az özvegyek 12,8%-a, nagyközségben élők 11,1%-a. Nem tudta azonban a választ az 50-59 éves asszonyok 12,7%-a, az élettársi kapcsolatban élők 13,5%-a, a nagyközségben élők 11,1%-a és a szakmunkás végzettségű nők 10,1%-a ($\chi^2_{\text{életkor}}=60,356$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,176$, $p<0,001$; $\chi^2_{\text{családi állapot}}=41,442$, $f=10$, $p<0,001$, Cramer $V=0,146$, $p=0,001$; $\chi^2_{\text{lakóhely}}=27,676$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,119$, $p<0,001$; $\chi^2_{\text{iskolai végzettség}}=28,166$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,120$, $p<0,001$).

A 2005. szeptemberében indított „Lilliom Program” elsősorban a szűrési tevékenység kommunikációjára összpontosított, amennyiben a tömegkommunikáció leghatékonyabb

eszközeivel kívánta felhívni a figyelmet a méhnyak szűrés fontosságára. A Program keretében az elmúlt években *nyereménytárgyak* kerültek kisorsolásra. Mindezek alapján fontosnak tartottuk megkérdezni, hogy egy nyereményjáték mennyiben befolyásolta a szűrővizsgálaton való részvételt. Csupán a válaszadók 0,9%-a vallotta be, hogy ösztönzi a nyeremény lehetősége. Szignifikáns különbséget az alábbi változók esetében találtunk: iskolai végzettség ($\chi^2=27,55$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,119$, $p<0,001$), lakóhely($\chi^2=13,116$, $f=6$, $p=0,041$, Cramer $V=0,082$, $p=0,041$), egészségi állapotért tett cselekedettel ($\chi^2=24,176$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,112$, $p<0,001$). Ennek kedvéért megy vizsgálatra az általános iskolai végzettségűek 7,3%-a, és azok a nők (6,8%), akik önbevallásuk szerint semmit nem tesznek az egészségükért. Viszonylag nagyobb hányadukban jelezték, hogy érdektelenek a jutalom lehetőségében a nagyvárosban élők (13,8%), a községben élők (13,6%), azok a nők, akik az egészségéért semmit sem tesznek (22,7%), továbbá a szakmunkás végzettségűek (15,2%).

A nők mindössze 4%-a véli úgy, hogy ha a jövőben nem *csak nőgyógyász, hanem asszisztense is végezheti a szűrést, ugyanis abban jobban bízna*. Kevesebb, mint ¼ részük (16,7%) azt nyilatkozta, hogy számukra közömbös, hogy ki végzi el a cytológiai vizsgálatot. Szignifikáns különbség mutatható ki Chi-négyzet-próbával: életkorral ($\chi^2=15,625$, $f=8$, $p=0,048$, Cramer $V=0,089$, $p=0,048$), lakóhellyel ($\chi^2=28,556$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,120$, $p<0,001$), egészségi állapotért tett cselekedettel ($\chi^2=13,874$, $f=6$, $p=0,031$, Cramer $V=0,084$, $p=0,031$). A kapcsolatok feltárása mellett elmondható, hogy közömbös a vizsgálatot végző személyét illetően a nagyközségben élők 34,2%-a, az 50-59 évesek 22,7%-a, az egészségi állapotukért semmit nem tesznek 20%-a. Bizalmatlan viszont az asszisztenssel szemben nagyvárosban lakók 80,2%-a, a falun élők 81,7%-a és a 30-39 éves nők 85,1%-a.

A megkérdezett nők 12,4%-át az tartja vissza a részvételtől, hogy a *szűrővizsgálat megadott időpontjában nem kerülnek pontos beszólításra*. A Chi-négyzet próba szerint pontatlan beszólítás miatt maradnak távol a hajadonok (16,9%), az elváltak (17,6%), az özvegyek (18,4%), a nagyközségben élők (27%), a rossz egészségi állapottal rendelkezők (18,6%) és a 15-19 éves fiatal lányok (23,4%) ($\chi^2_{\text{családi állapot}}=19,734$, $f=10$, $p=0,032$, Cramer $V=0,101$, $p=0,032$, $\chi^2_{\text{lakóhely}}=16,829$, $f=6$, $p=0,010$, Cramer $V=0,094$, $p=0,010$, $\chi^2_{\text{egészségi állapot}}=7,712$, $f=2$, $p=0,021$, Cramer $V=0,090$, $p=0,021$).

Jutalom nélkül is elmegy a vizsgálatra a nők 80,4%-a, azonban 4,2%-nak ösztönző lenne a díjazás valamilyen formája. Chi-négyzet próba segítségével szignifikáns kapcsolat állapítható meg életkori bontás ($\chi^2=31,285$, $f=8$, $p<0,001$ Cramer $V=0,125$, $p<0,001$), iskolai végzettség ($\chi^2=26,333$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,115$, $p<0,001$), szűrésen való megjelenés gyakorisága alapján ($\chi^2=41,575$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,161$, $p<0,001$). Az érettségi bizonyítvánnyal és diplomával rendelkezők, a 20-49 évesek, a szűrésen 1-3 éves intervallumon belül megjelenők több, mint 80%-a fejezi ki, hogy jutalom nélkül is részt vesz a nőgyógyászati szűrésen. Az 50-59 évesek 23,2%-a, 30-39 évesek 14,5%-a, szakmunkás végzettek 20,7%-a, alapkövű végzettségűek 27,3%-a fejezi ki, hogy nem érdekli a jutalmazás. A 16-19 évesek 10,5%-ának, az általános iskolai végzettséggel rendelkezők 9,1%-ának, a szűrésen három évnél ritkábban megjelenők számára ösztönző hatással bír a jutalom.

Eleve úgy gondolja a nők 8,2%-a, hogy azért nem megy el vizsgálatra, mert a hívólevélen szereplő időpont nem megfelelő számára és túl bonyolult az új időpont egyeztetése. A háromévnél ritkábban jelentkezőknél (23%), rossz egészségi állapottal rendelkezőknél (13%) okoz relatíve nagyobb gondot az új időpont kérése (χ^2 szűrésen való megjelenés rendszeressége=41,57, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,16$, $p<0,001$; χ^2 egészségi állapot=11,29, $f=2$, $p=0,004$, Cramer $V=0,11$, $p=0,004$).

Akkor menne el szűrésre a minta 4%-a, ha a *háziiorvosi rendelőben biztosítanák a kenet levételét*. Szignifikáns az összefüggés tapasztalható: életkorral (kategórikus) ($\chi^2=22,29$, $f=8$, $p=0,004$, Cramer $V=0,107$, $p=0,004$), iskolai végzettséggel ($\chi^2=12,97$, $f=6$, $p=0,044$, Cramer $V=0,081$, $p=0,044$), háziiorvoshoz fordulási szokásokkal ($\chi^2=24,95$, $f=12$, $p=0,015$, Cramer $V=0,115$, $p=0,015$). Az általános iskolai végzettségű nők 7,3%-a és a háziiorvosuknál hetente megfordulók 18,8%-a döntene a családorvosi rendelőben történő kenetvétel mellett. Közömbös a vizsgálat helyszíne az általános iskolai végzettségűek közel egy harmadának (30,9%) valamint a 15-19 éves lányok 18,1%-ának és az 50-59 évesek 25,1%-ának.

Megoszlottak a vélemények abban a kérdésben, hogy szívesen venné-e, ha a *védőnő személyesen felkeresné és tájékoztatást nyújtana a szűrővizsgálatokról*. A nők több, mint egyharmadát (34,1%) zavarná a védőnő látogatása, másik egyharmad részének mindegy hogy felkeresik-e vagy nem, és 29,3%-a fejezi ki, hogy örömmel fogadna egy ilyen kezdeményezést. Szignifikáns különbség tapasztalható: családi állapottal

($\chi^2=33,64$, $f=10$, $p<0,001$, Cramer $V=0,13$, $p<0,001$), életkorral ($\chi^2=42,06$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,146$, $p<0,001$), lakóhellyel ($\chi^2=14,03$, $f=6$, $p=0,029$, Cramer $V=0,085$, $p=0,029$), egészségi állapotért tett cselekedettel ($\chi^2=20,26$, $f=6$, $p=0,002$, Cramer $V=0,10$, $p=0,002$), foglalkozás típusával ($\chi^2=14,28$, $f=2$, $p=0,001$, Cramer $V=0,123$, $p=0,001$), szűrésen való megjelenéssel ($\chi^2=15,18$, $f=2$, $p=0,001$, Cramer $V=0,125$, $p=0,001$). Nem tart igényt a védőnő/egészségügyi személyzet személyes konzultációjára az elváltak 40,4%-a, az özvegyek 53,8%-a, a 40-49 évesek 44,4%-a, az 50-59 évesek 42,7%-a, a városban élők 38%-a és az egészségéért nagyon keveset és nagyon sokat tevőknek 50 illetve 57,4%-a, másfelől, szívesen látná otthonában a védőnőt a hajadonok 39,8%-a, a 15-19 évesek 46,3% és a munkaviszonnal nem rendelkezők 39,2%-a, a szűréstől ezidáig távolmaradók 43,7%-a.

Szégyelli magát a nőgyógyászati szűrések kapcsán a megkérdezett minta 17,5%-a. A szégyenlősség kifejezettebb az özvegyeknél (25,6%), a hajadonoknál (25,3%), az általános iskolai végzettségűeknél (28,6%), a 15-19 éveseknél (37,9%) és a munkaviszonnal nem rendelkezők esetében (24,2%). Szeméremérzet nem zavarja a 20-29 évesek 73,6%-át, 30-39 évesek 82,6%-át, diplomás nők 81%-át, házasságban élők 79,8%-át, az elváltak 80,2%-át ($\chi^2_{\text{életkor}}=61,01$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,18$, $p<0,001$, $\chi^2_{\text{iskolai végzettség}}=19,36$, $f=6$, $p=0,004$, Cramer $V=0,099$, $p=0,004$, $\chi^2_{\text{családi állapot}}=30,77$, $f=10$, $p=0,001$, Cramer $V=0,12$, $p=0,001$, $\chi^2_{\text{foglalkozás típus}}=17,37$, $f=2$, $p<0,001$, Cramer $V=0,14$, $p<0,001$).

A *házi orvos javaslatait* a vizsgálatban résztvevők több, mint kétötöd része (43%) időnként megfogadja, időnként nem, 52,8%-ban azonban követik a családorvosi utasítást. Chi-négyzet-próbával igazolt szignifikáns különbség tapasztalható: 18 éven aluli gyermekek számát tekintve ($\chi^2=38,34$, $f=10$, $p<0,001$, Cramer $V=0,14$, $p<0,001$), egészségi állapottal ($\chi^2=10,82$, $f=2$, $p=0,004$, Cramer $V=0,10$, $p=0,004$), egészségi állapotért tett cselekedettel: $\chi^2=34,96$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,13$, $p<0,001$).

Nagyobb arányban vallják, hogy nem minden esetben tartják be a házi orvos tanácsait a 18 éven aluli 1 gyermeket nevelők (49,3%), a rossz egészségi állapottal rendelkezők (50%), az egészség fenntartása érdekében semmit (54,3%) és nagyon keveset cselekvők (49%).

Másokat is ösztönöz, hogy elmenjen a vizsgálatra a laikus csoport 47%-a. Úgy véli a válaszadók 38,6%-a, hogy nem erőlteti a közös részvételt sem a szűkebb, sem a tágabb

környezetében. Akik nagyon sokat tesznek az egészségi állapotukért (65,2%) nagyobb arányban vallják, hogy másokat is biztatnak a szűrésen való megjelenésre ($\chi^2=41,01$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,14$, $p<0,001$).

Csak akkor venne részt a szűrésen a válaszadók 17,7%-a, ha *munkaidőn kívül is biztosítanának időpontot*. Minden ötödik nő számára azonban mindegy az időpont. Szignifikáns kapcsolatot az alábbi változók esetében találtunk: családi állapottal ($\chi^2=31,72$, $f=101$, $p<0,001$, Cramer $V=0,13$, $p<0,001$), egészségi állapottal ($\chi^2=7,06$, $f=2$, $p=0,029$, Cramer $V=0,08$, $p=0,029$), életkorral ($\chi^2=32,04$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,13$, $p<0,001$). A munkaidőn kívül is biztosított szűrésen venne részt a hajadonok 23,3%-a, a rossz egészségi állapotú nők 24,3%-a, és a 15-19 évesek 24,2%-a.

Szabadidejét mindösszesen 3,2% *nem áldozza fel* a szűrővizsgálat céljából. Az adatok azt mutatják, hogy a szabadidőt sajnálva marad el a hajadonok 7,1%-a, az egészségükért semmit nem tevők 11,4%-a, az általános iskolai végzettségük 9,1%-a, és a 15-19 évesek 10,6%-a ($\chi^2_{\text{családi állapot}}=30,32$, $f=10$, $p=0,001$, Cramer $V=0,12$, $p=0,001$, $\chi^2_{\text{cselekedett}}=21,80$, $f=6$, $p=0,001$, Cramer $V=0,11$, $p=0,001$, $\chi^2_{\text{életkor}}=37,50$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,14$, $p<0,001$, $\chi^2_{\text{iskolai végzettség}}=26,19$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,11$, $p<0,001$).

A minta tagjainak több, mint egynegyed része állítja, hogy a nőgyógyászati vizsgálat nagyon kellemetlen, ellenben 44,2% szerint ennek egyáltalán nincs jelentősége. Szignifikánsan különbség tapasztalható: családi állapottal ($\chi^2=26,70$, $f=10$, $p=0,003$, Cramer $V=0,12$, $p=0,003$), település típusával ($\chi^2=20,52$, $f=6$, $p=0,002$, Cramer $V=0,10$, $p=0,002$), egészségi állapotért tett cselekedettel ($\chi^2=22,22$, $f=6$, $p=0,001$, Cramer $V=0,11$, $p=0,001$), iskolai végzettséggel ($\chi^2=21,40$, $f=6$, $p=0,002$, Cramer $V=0,10$, $p=0,002$), életkorral ($\chi^2=48,61$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,16$, $p<0,001$). Nagyobb százalékban számol be a nőgyógyászati vizsgálat kellemetlenségéről a hajadonok (38%-a), az özvegyek (35%-a), a kis városban (34,2%-a) valamint, nagyközségben élők (47%-a), továbbá azok, akik semmit nem tesznek az egészségi állapotukért (46,7%), az általános iskolai végzettségük (41,1%), a 15-19 évesek (52,2%) és a 20-29 éves korosztály (35,2%).

A válaszadók 33,8%-a szerint a média nem foglalkozik kellő mértékben a szűrések fontosságával, másfelől a nőknek több mint egyötöd része erről semmilyen véleményt nem tudott alkotni. Az említett 33,8%-on belül Chi-négyzet próbával igazolva a hajadonok

(43,4%), az özvegyek (42,5%), akik sokat tesznek az egészségükért (37,7%), akik évente járnak szűrésre (37,7%), akik a szűrésen a nőgyógyász javaslata alapján jelennek meg (40%), továbbá a 15-19 évesek (37,9%) és a 20-29 évesek (44,9%) nagyobb részben állítják azt, hogy a média nem fektet kellő hangsúlyt a szűrővizsgálatokra ($\chi^2_{\text{családi állapot}}=27,61$, $f=10$, $p=0,002$, Cramer $V=0,12$, $p=0,002$, $\chi^2_{\text{település típus}}=19,79$, $f=6$, $p=0,003$, Cramer $V=0,10$, $p=0,003$, $\chi^2_{\text{cselekedett}}=16,32$, $f=6$, $p=0,012$, Cramer $V=0,09$, $p=0,012$, $\chi^2_{\text{életkor}}=27,02$, $f=8$, $p=0,001$, Cramer $V=0,12$, $p=0,001$).

A „szívesen venne-e részt munkahelyi szűrésen” kérdésre adott válaszok három részre osztották a mintát. Egy harmadát zavarná (32,5%), egy harmada nem tulajdonít jelentőséget a helyszínnek (33,1%), egy harmad viszont szívesen venne részt (32,6%) egy ilyen szervezett vizsgálaton. Hasonló vélemények születtek az összefüggés Chi-négyzet próba segítségével végzett vizsgálata során is ($p < 0,05$). Zavarná a munkahelyi szűrés a kisvárosban élők 38%-át, a 20-29 évesek 38,1%-át, a 30-39 évesek 39,6%-át, azonban a kisvárosban, községben élők és valamennyi korosztály másik harmada örömmel fogadná ezt a lehetőséget ($\chi^2_{\text{település típus}}=12,96$, $f=6$, $p=0,044$, Cramer $V=0,08$, $p=0,044$, $\chi^2_{\text{életkor}}=15,84$, $f=8$, $p=0,045$, Cramer $V=0,09$, $p=0,045$).

Nem venné jó néven a válaszadók 22,7%-a, ha a szűrés időpontját telefonon egyeztetnék, különösen a rossz egészségi állapottal rendelkezők közel felének (42,1%), a egészségükért keveset tevők több, mint felének (57,6%) ez a véleménye, illetve továbbra is levélben szeretne értesülni az időpontról a minta 36,9%-a. Chi-négyzet próbával igazolt különbség tapasztalható: egészségi állapottal ($\chi^2=15,88$, $f=6$, $p=0,014$, Cramer $V=0,09$, $p=0,014$), háziorvossal való kapcsolattartással ($\chi^2=7,17$, $f=2$, $p=0,028$, Cramer $V=0,087$, $p=0,028$), egészségi állapotért tett cselekedettel ($\chi^2=23,11$, $f=6$, $p=0,001$, Cramer $V=0,11$, $p=0,001$). Szívesen fogadná az egészségügyi személyzet telefonon történő felkeresését a válaszadók közel 40%-a, közülük a rossz egészséggel rendelkezők közel másik fele (42,1%) és azok, akiknek nagyon jó az egészségi állapota (42%), továbbá azok, akik a háziorvosával évente találkoznak (46,7%).

Ha választani lehetne abban, hogy ki végezze el a cytológiai szűrést, orvos vagy ápoló/védőnő, a csoport fele egyértelműen továbbra is a szakorvos mellett döntött, azonban 2/5 részének mindegy, hogy a vizsgálatot milyen egészségügyi végzettséggel rendelkező személy végzi. Kiemelkedően magas elutasítási arány volt az ápolókkal/védőnőkkel szemben a családi állapot, település típus, korcsoport szerinti változók tekintetében.

Kizárólag magánorvosához megy a vizsgálat céljából a nők 39,5%-a. Így történik a szűrés az alábbi arányban azok körében, akik évente járnak ellenőrzésre (48,1%) 15-19 évesek (44,6%), 20-29 évesek (42,9%), 30-39 évesek (54%), 40-49 évesek (39,6%) és akiknek kiskorú gyermekük van (47,4%). A megkérdezettek 18,8%-ának azonban mindegy, hogy ki végzi el a szűrővizsgálatot. Ellenőrző kérdésünk során a privát szakorvossal rendelkezők több, mint a fele (58,3%) a szolgáltatást nem a közfinanszírozott ellátásban veszi igénybe, azonban 15%-a vallja, hogy számára mindegy hogy milyen orvos végzi el a vizsgálatot, és 26,7%-a állítja, hogy nem ért egyet a kijelentéssel, miszerint „csak magánorvosomhoz megyek el rákszűrésre” ($\chi^2_{\text{privát szakorvos}}=217,26$, $f=2$, $p<0,001$, Cramer $V=0,47$, $p<0,001$, $\chi^2_{\text{életkor}}=47,81$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,16$, $p<0,001$, $\chi^2_{\text{gyermekek szám}}=25,38$, $f=10$, $p=0,005$, Cramer $V=0,11$, $p=0,005$, $\chi^2_{\text{szűrés gyakorisága}}=35,44$, $f=10$, $p<0,001$, Cramer $V=0,15$, $p<0,001$).

Néhány kérdésben arra is érdemes kitérni, hogy a vizsgálatban résztvevők általában hogyan látják a magyar nők szűréshez való viszonyát, esetleg milyen háttértényezőkkel értenek egyet, amelyek a szűrővizsgálatokon való részvételt befolyásolhatják.

A minta közel 1/5 része (18,9%) értett egyet azzal az állítással, miszerint a *vidéken élő nők azért nem mennek el cytológiai-szűrésre, mert sokat kell utazni a legközelebbi szűrőközpontba*. A nagyközségben élők (28,9%), a hajadonok (28,9%), és a 15-19 évesek (33,9%) valamivel nagyobb arányban osztották ezt a véleményt. A teljes minta több, mint fele (51,3%) azonban úgy vélekedett, hogy ez nem lehet indok a vidéken élő nők számára.

A minta 41%-a szerint a várakozási idő tartama nem befolyásolhatja a vizsgálatok elvégzését. Minden harmadik nőnek (34,8%) azonban az a véleménye, hogy a *hosszú várakozás riasztja el az embereket a vizsgálaton való megjelenéstől*. Ezzel a kijelentéssel értett egyet a hajadonok 40,5%-a, az általános iskolai végzettségűek 39,3%-a és a diplomás nők több, mint 1/3 része (37%).

A döntő többség (több, mint 80%) szerint a nőknek minden évben el kell menni nemcsak méhnyak-szűrésre, hanem ezen túl a mammográfiai-, szájüregi-, és végbél-szűréseket is igénybe kell venni. Kiemelkedően magas arányban értenek egyet ezzel a megállapítással az özvegyek (95,1%), azok akik hetente (100%) és havonta (93,7%) fordulnak házi orvosukhoz, évente jelennek meg a szűrésen (90%), diplomával rendelkeznek (85%) és az 50-59 éves korosztályhoz tartoznak (87,2%).

Arra a kérdésre, miszerint a nőknek a családi-, munkahelyi kötelezettségeik miatt nincs idejük az egészségükkel foglalkozni, igen-nel válaszolt a megkérdezettek 23,3%-a. Nagyobb arányban értettek egyet ezzel a kinyilvánítással azok a nők, akiknek nagyon rossz az egészségi állapota (57,9%), keveset tesznek az egészségükért (41,3%), három évnél ritkábban járnak szűrésre (44%) és két évnél régebben jártak a családorvosnál (30%). A minta 44%-a azonban azt állította, hogy egy nő számára nem lehet kifogás a szűréstől való távolmaradás időhiányra való hivatkozással.

Azzal a kijelentéssel, hogy a *nőket csak anyagilag lehet motiválni* a rákszűrésen való részvételre, mindössze 3% értett egyet, ezen belül a fiatal 15-19 éves nők 11,8%-a. A módszert nem tartja megengedhetőnek a válaszadók közel ¼ része (18,8%).

Jelentős volt a tiltakozás (60,3%) az ellen, miszerint a magyar asszonyok érdektelenek volnának a saját egészségük iránt. Rétegzett vizsgálattal magas arányt nyertünk a hajadonok (70,7%), az érettségizettek (62,4%), a diplomások (64,7%) és a 15-19 évesek (77,9%) körében. Másfelől a minta 36,4%-a úgy vélekedett, hogy ez mindenkinek ez a saját egyéni és tiszteletben tartandó döntése. Így vélekedtek az élettársi viszonyban élők (54,2%) az általános iskolai végzettségűek (42,1%) és a szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők (47,8%).

7.6.2. A motivációs kérdéskör összefoglaló elemzése

7.6.2.1. Faktoranalízis a motiváció függvényében

16. táblázat: A motiváció és távolmaradás faktor-struktúrája (N=1000)

Faktor	Változó	Faktor érték	Saját érték	A variancia hány %-át magyarázza	Kumulatív magyarázó erő	Cronbach alfa értéke
1. faktor Távolmaradás idő függvényében	23. Azért nem megyek el, mert a behívólevélen szereplő időpont nem megfelelő számomra, és túl bonyolult az új időpont egyeztetés.	0,763	1,953	21,700	21,700	0,7565
	29. Csak akkor mennék el, ha munkaidőn kívül is biztosítanának időpontot a rendelőben.	0,597				
	21. Azért nem megy el, mert nem hívják be konkrét időpontra (óra, perc) a vizsgálatra.	0,594				
	30. A szabadidőmet nem „áldozom” fel azért, hogy elmenjek rákszűrésre.	0,573				
2. faktor Szűrést végző személyzet	24. Akkor megyek el méhnyakrák szűrővizsgálatra, ha a háziorvosi rendelőben is leveszik a kenetet.	0,530				
	42. Ha választani lehet az orvos helyett inkább ápoló vagy védőnő végezze el a rákszűrést.	0,659	1,071	11,895	33,594	0,6307
3. faktor Motiváló tényezők	20. Ha jövőben nem csak nőgyógyász, hanem asszisztens is végezheti a szűrést, abban jobban bízna.	0,661				
	41. Szívesen venném, ha telefonon felhívna a védőnő, a háziorvos vagy a körzeti ápoló és egyeztetnének a szűrés időpontját.	0,748	1,030	11,446	45,040	0,6368
	25. Szívesen venném, ha a védőnő személyesen felkeresne, és részletes tájékoztatást nyújtana a szűrővizsgálatokról.	0,635				

A motiváció struktúrájának elemzéséhez faktoranalízist használva három faktor különült el. Varimax forgatási módszer alapján az első faktor a variancia 21,7, a második 11,89, a harmadik 11,45 százalékát magyarázza. Az alábbi három faktor együttesen a változók információtartalmából 46,64%-ot őrzött meg. Az így képzett skálák megbízhatóságát jellemző Cronbach alpha értékei a következők voltak: távolmaradás idő függvényében: 0,76; szűrést végző személyzet: 0,63; motiváló tényezők: 0,64. A változók a factorsúlyok nagyságának sorrendjét a 16. táblázat mutatja.

Első faktor: a szűrővizsgálattól való távolmaradás az idő függvényében

- „azért nem megy el, mert a behívólevélen szereplő időpont nem megfelelő”,
- „csak akkor menne el, ha munkaidőn kívül is biztosítanának időpontot”,
- „azért nem megy el, mert nem hívják be a rendelésre konkrét időpontban”,
- „akkor megy el, ha a háziorvosi rendelőben is leveszik a kenetet”.

Második faktor: a szűrést végző személyzet:

- „ha választani lehet, orvos helyett ápoló/védőnő végezze a vizsgálatot”,
- „ha jövőben orvos helyett ápoló végzi a kenetvételt, abban jobban megbíznék”,

Harmadik faktor: motiváló tényezők

- „szívesen venném, ha telefonon egyeztetnénk a szűrővizsgálat időpontját”,
- „szívesen venném, ha védőnő felkeresne és személyesen tájékoztatna”.

A 10. számú mellékletben megtalálható táblázat jól mutatja, milyen átlag pontszámokat értek el a megkérdezett nők az egyes faktorok mentén. A faktorpontértékek átlagainak összehasonlító elemzését kétmintás t-próba és egyutas variancia-analízis (one-way-ANOVA) segítségével végeztük el. A *távolmaradás idő függvényében faktor* átlaga szignifikáns különbséget mutat az életkor, az iskolai végzettség, az egészségi állapot, a szűrésen való megjelenés gyakorisága és a privát szakorvossal való rendelkezés vonatkozásában ($p < 0,05$). A *szűrést végző faktor* átlagának vizsgálata során az életkor, a szűrővizsgálaton való megjelenés gyakorisága és a privát szakorvos vonatkozásában állapítottuk meg a szignifikáns különbséget ($p < 0,05$). A *motiváló tényezők faktor* átlaga és a vizsgált változók között csupán az életkor tekintetében tapasztaltunk szignifikáns különbséget.

Összegzés:

Az *első faktor* tekintetében a szűrővizsgálat időpontjára és helyszínére összpontosító kérdések átlag pontszámait figyelembe véve megállapítható, hogy szignifikánsan magasabb pontszámot ért el és kedvező magatartást tanúsít a jó egészségi állapottal rendelkezők, a szűrésen életükben legalább egyszer már megjelentek, a privát nőgyógyással rendelkezők, a 20-49 éves korosztály, a diplomával, érettségivel, szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezők és a preventív célú szűrésen évenként megjelenők ($p < 0,05$). Ők a szabadidő terhére, hosszú várakozás és a pontatlan beszólítás ellenére is részt vesznek a szűréseken.

Az 15-19 évesek, 50-59 évesek, rossz egészségi állapotban lévők, szűréstől életükben ezidáig távolmaradók valamint a nőgyógyászati szűrésen 3 évnél ritkábban megjelenők alacsonyabb pontszámot értek el. A szűrővizsgálat időpontjára vonatkozó kérdésekben jelentős részben „mindegy” választ adtak, ami – feltételezésünk szerint – egyfajta közömbös magatartásra utal.

A *második faktor* a szűrést végző személyzetre összpontosít. Az átlag pontszámait tekintve – meglepő módon – a megkérdezettek valamennyi változó tekintetében közömbös hozzáállást tükröznek a vizsgálatot végző személyzettel szemben, vagyis számukra mindegy, hogy ki végzi el a vizsgálatot. Az ápoló/asszisztens munkáját illető bizalmatlanság a válaszokban is érzékelhető.

A *harmadik faktor* változóit vizsgálva megállapítható, hogy a szűrésről szóló értesítés formáját tekintve (személyes vagy behívólevél) életkor, egészségi állapot, település típus valamennyi attributumának átlag pontszámát vizsgálva a válaszadók továbbra is a levélben történő értesítés mellett döntenének.

Míg a fiatalabb korosztály számára, a szűrésen legalább életében egyszer résztvevő nőknek mindegy, hogy az egészségügyi személyzet felkeresi-e vagy sem egy személyes konzultáció céljából, addig az idősebb korosztályt, a szűréstől távolmaradókat zavarná a nőgyógyászati szűrésre invitáló személyes felkeresés. A 11-12. számú mellékletben elhelyezett táblázatok a motiváció skála pontértékeit részletesen mutatják be a főbb háttérváltozók függvényében.

7.6.2.2. Logisztikus regresszió a motiváció és távolmaradás tükrében

A logisztikus regresszió eredményeinek értékelésénél figyelembe kell venni azokat a matematikai statisztikai számításokat, amelyek az SPSS-program részei és táblázatos

formában is megjelennek. Ezeket az első elemzésnél csupán szemléltető jelleggel mutatjuk be, a fej- és oldalrovatok angol szövegének fordítása nélkül. Ugyancsak az eredeti táblázatot közöljük az esélyhányadosokat, 95%-os konfidencia intervallumot mutató összegzésben.

Két oldalról közelítettük meg az elemzést. Első lépésként dichotóm függő változónak tekintettük „Ön volt-e már méhnyakrák-szűrésen?”(1=nem, 0=igen). Magyarázó változóként a kérdőívnek azokat a tételeit választottuk be (10 tétel), amely akár már az első szűrésen való megjelenést is befolyásolhatták. A modell elemszáma 896 fő volt. A 13. számú mellékletben a logisztikus regressziós statisztikai elemzés eredményeit mutatjuk be, azaz a modellben szereplő független változók és kategóriák regressziós paramétereit (B-érték) a hozzájuk tartozó esélyhányadosokkal [Exp(B)], adott konfidencia intervallum mellett. A kategóriaváltozók esetében az esélyhányados azt fejezi ki, hogy a vizsgált csoportban hányszor nagyobb vagy kisebb az esélye méhnyakrák szűréstől való távolmaradásnak egy kijelölt referenciacsoporthoz képest. A referenciát mindig az

17. táblázat: Wald - statisztika eredménye

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-1,747	,094	345,628	1	,000	,174

adott változó hiányzó kategóriája jelenti.

A Wald-statisztika null-hipotézise szerint a független változók nem hatnak a függő változóra. Jelen esetben a függő változóink hatnak ($p < 0,001$) a függő változóra (17. táblázat). A modell magyarázóerejét Chi-négyzet próbával teszteltük, melynek eredménye

18. táblázat: a χ^2 -próba eredménye

		Chi-square	df	Sig.
Step	Step	236,703	26	,000
	Block	236,703	26	,000
	Model	236,703	26	,000

alátámasztotta, hogy a modellünk $p < 0,001$

szinten szignifikáns (18. táblázat). A modellbe bevont tíz magyarázó változó közül hét esetben találtunk szignifikáns összefüggést a szűréstől ez idáig való távolmaradásban. A modell magyarázó ereje (Nagelkerke R Square) 40,9% (19. táblázat).

Életkor szerint az idős korosztályokhoz viszonyítva a 15-19 évesek körében több mint hatszoros, a 20-29 évesek

19. táblázat: A modell magyarázó ereje

Step	-2 Log likelihood	Cox&Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	515,917	,232	,409

több, mint kétszeres az esély arra, hogy még nem jártak nőgyógyászati szűrésen. Iskolai végzettséget tekintve az általános iskolát végzetek több, mint ötször, az érettségivel rendelkezők 2,39-szer nagyobb eséllyel maradtak el a méhnyak szűréstől. A

távolmaradás esélye tovább csökken azon hölgyek körében, akik fél éven belül találkoznak a háziorvosukkal, a 2 évnél ritkábban megjelenőkhöz képest.

Azok a nők, akik egyetértenek azzal az állítással, hogy azért nem mennek el méhnyakrák szűrésre, mert félnek valamilyen betegség felfedezésétől, 3,48-szor nagyobb eséllyel életükben egyszer sem jelentek még meg szűrővizsgálaton. Azok viszont, akik úgy gondolják, hogy azért nem mennek el, mert nem megadott időpontra hívják őket a vizsgálatra, 4,5-ször nagyobb eséllyel maradtak el a méhnyak-szűréstől. (13. számú melléklet).

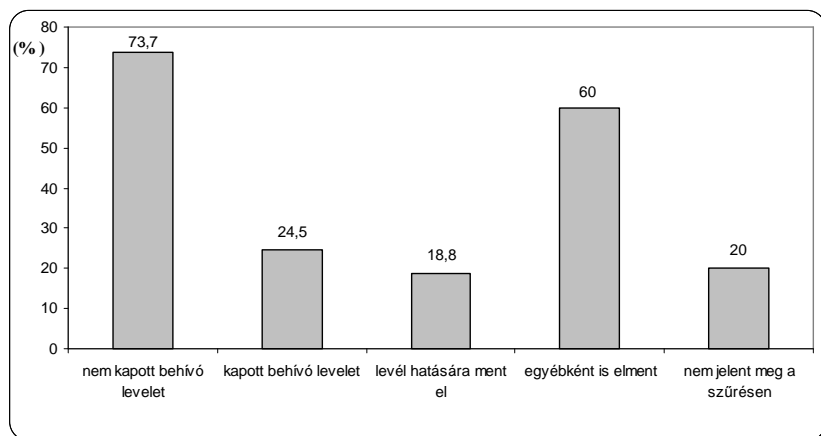
A 14. számú melléklet táblázatának logisztikus regresszió modelljében (N=731) a szűrésen való megjelenés gyakoriságát tekintettük függő változónak (1=évente, 0=ritkábban). A Wald-statisztika szerint független változóink hatást gyakorolnak a függő változóra ($p < 0,001$). A Chi-négyzet-próba eredménye megerősítette, hogy a modellünk szignifikáns. A modell magyarázó ereje 45,4% volt. A független változó kategóriában 17 tétel került beválasztásra, amelyek a szocio-demográfiai adatok mellett adott esetben – véleményünk szerint – pozitív/negatív hatást gyakorolnak a szűrővizsgálat gyakoriságára.

Az értékelés során az alábbi esetekben találtunk szignifikáns eltéréseket: az 50-59 éves korosztályhoz viszonyítva a 15-19 évesek 3,11-szer, a 20-29 évesek 2,85-szer, a 30-39 évesek 2,14-szer és a 40-49 évesek 2,34-szor nagyobb eséllyel mennek el évente nőgyógyászati szűrésre. A diplomával rendelkezők nőkhöz viszonyítva az általános iskolai végzettségük kisebb eséllyel mennek szűrővizsgálatra (tendencia szintű a szignifikáns kapcsolat). A táblázatban jól látható, hogy nagyobb az esély az évenkénti szűrővizsgálaton való megjelenésre abban az esetben is, ha privát szakorvos végzi el a kenetvételt.

Kisebbségi eséllyel mennek el évente szűrővizsgálatra azok a nők, akik önbevallásuk szerint nem figyelnek a saját egészségi állapotukra; akik kijelentik, hogy azért nem mennek el nőgyógyászati vizsgálatra, mert nem konkrét időpontra hívják őket; akiket nem érdekel a jutalom kérdése; akik nem akarják meggyőzni más hölgytársaikat, hogy együtt vegyenek részt a szűrővizsgálaton; és akik nem tudják biztosan, vagy nem értenek egyet azzal a kijelentéssel, hogy a nőknek minden évben el kell menni nőgyógyászati rákszűrésre.

7.7. Behívó levél

Az elmúlt 3 évben a mintánkban szereplő nőknek csupán 24,5%-a (N=245) kapott behívó levelet méhnyakrák szűrésre. Felmérésünk során azt is vizsgáltuk, hogy akik



18. ábra: A behívólevél hatása (N=1000)

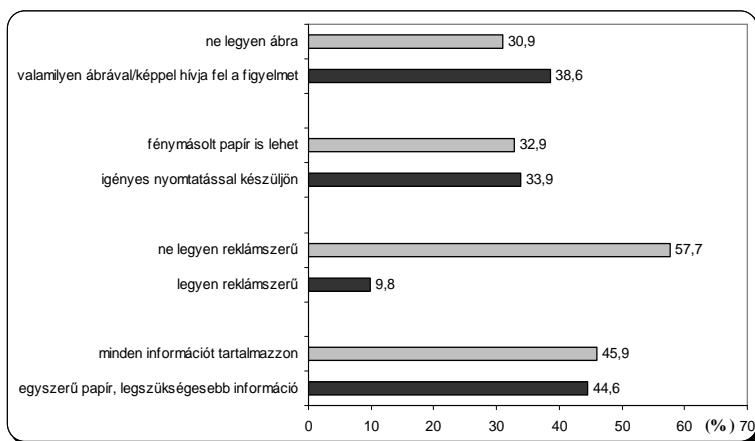
elment volna. Külön kiemelendő, hogy a válaszadók 20%-át a meghívó levél sem ösztönözte a megjelenésre. Jóllehet, a vizsgálatban résztvevők közel háromnegyed része (73,6%) még soha nem kapott meghívó levelet, ennek ellenére mégis 64%-ban jelentek meg az elmúlt 3 évben szűrésen (18. ábra).

A meghívó levéllel kapcsolatos elvárások egyébként jelentősen megosztották a laikus csoport tagjait. Csak a legszükségesebb információkat igényelné a nők 44,6%-a, a minta másik fele (45,9%) viszont minden lehetséges információra igényt tartana. Chi-négyzet próbával igazolt összefüggéseket találtunk életkor, családi állapot, egészségi állapot szerint ($\chi^2_{\text{életkor-kategorikus}}=78,818$, $f=4$, $p<0,001$; $\chi^2_{\text{családi állapot}}=55,514$, $f=5$, $p<0,001$; $\chi^2_{\text{egészségi állapot}}=5,088$, $f=1$, $p<0,05$). Egyszerű papíron, és csak a legszükségesebb információt tartalmazó behívó levelet szeretne a házások 56,6%-a, elváltak 65,8%-a, özvegyek 62,2%-a, rossz egészségi állapottal rendelkezők 56,8%-a, a 40-49 évesek 56,5%-a és az 50-59 évesek 70,4%-a. Minden lehetséges egészségügyi információt tartalmazzon a behívólevél a hajadonok 68,6%-ának, élettársi kapcsolatban élők 61,8%-ának, jó egészségi állapottal rendelkezők 52,3%-ának, 16-19 évesek 69,7%-ának, 20-29 évesek 66,7%-ának, 30-39 évesek 56%-ának a véleménye szerint.

A nők 57,7%-a vélekedett úgy, hogy a meghívó levél ne legyen reklámszerű. Összefüggés vizsgálattal megállapítható, hogy az általános iskolát végzetek 73%-a, szakmunkás végzettségűek 77,6%-a, érettségi bizonyítvánnyal rendelkezők 84,2%-a,

meghívó levelet kaptak, milyen mértékben voltak motiváltak a szűrésen való részvételre. A levél hatására 18,8% vett részt a vizsgálaton, megnyugtató azonban, hogy 60% ettől függetlenül is

diplomás nők 88,5%-a, 40-49 évesek 86,1%-a, 50-59 évesek 92,9%-a fejezi ki a válaszaiban, hogy a behívó levél kerülje a reklámszerű formát. A fiatalabb korosztály, a 16-39 évesek ¼ része azonban a reklámszerű nyomtatványt helyezi előtérbe ($\chi^2_{\text{iskolai végzettség}}=7,990$, $f=3$, $p=0,046$, $\chi^2_{\text{életkor-kategorikus}}=24,581$, $f=4$, $p<0,001$).



19. ábra: A behívó levéllel szemben támasztott követelmény

Különböznek a formai követelményekkel szemben támasztott kívánalmak is. A csoport egyharmada igényes, nyomtatott változattal szeretne találkozni (33,9%), és a színes ábra/kép figyelemfelkeltő hatására is igényt tartana (38,6%), szemben a csoport másik harmadával, akik azzal is elégedettek lennének, ha a szűréről ábra- és képmentes (30,9%), fénymásolt papíron (32,9%) történne a tájékoztatás (19. ábra). Igényes nyomtatással készüljön a behívólevél a hajadonok 67,4%-a, az élettársi kapcsolatban élők 58,2%-a, a 16-19 évesek 75%-a, a 20-29 évesek 62,7%-a, a 30-39 évesek 55,6%-a, a falun élők 57,9%-a szerint. Egyszerű fénymásolt papírral is beéri a házasságban élők 59,7%-a, az elváltak 59,6%-a, az özvegyek 52,2%-a, a 40-49 évesek 57,3%-a, az 50-59 évesek 77,4%-a, a városban élő nők 52,2%-a ($\chi^2_{\text{családi állapot}}=41,287$, $f=5$, $p<0,001$, $\chi^2_{\text{életkor-kategorikus}}=75,489$, $f=4$, $p<0,001$, $\chi^2_{\text{település típus}}=5,712$, $f=1$, $p=0,017$). A hajadonok 73,8%-a, élettársi kapcsolatban élők 64,9%-a, 16-19 évesek 82,6%-a, 20-29 évesek 68,2%-a, 30-39 évesek 60,4%-a szerint a behívó levél színes ábrával készüljön. Figyelemfelkeltő ábrázolásra nem tart igényt a házasok 54%-a, az elváltak 60%-a, az özvegyek 76,2%-a, a 40-49 évesek 57,7%-a, az 50-59 évesek 70,8%-a ($\chi^2_{\text{családi állapot}}=58,056$, $f=5$, $p<0,001$, $\chi^2_{\text{életkor-kategorikus}}=5,972$, $f=4$, $p<0,001$). A minta egy része (1/3-a) nem élt a válaszadás lehetőségével.

Megvizsgáltuk azt is, hogy akik életük folyamán egyszer sem jelentek meg szűrésen (N=138), vajon kaptak-e behívó levelet az elmúlt 3 évben? Eredményül mindösszesen 14,5%-ot kaptunk. A formai elvárásokkal szemben támasztott igények a teljes mintához közel azonos arányban fogalmazódtak meg.

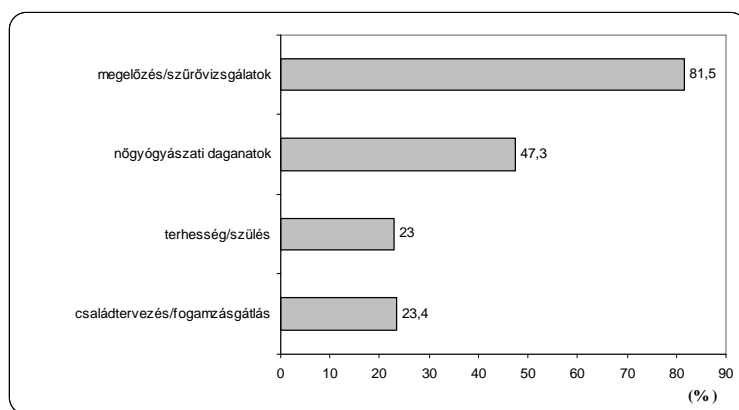
7.8. Nőgyógyászati tárgyú előadáson való részvétel

Az ilyen előadásokat a laikus nők több, mint fele (67,5%) igényelné. Az asszociációk feltárására szolgáló Chi-négyzet próbával az alábbi változókkal találtunk szignifikáns kapcsolatot: életkorral ($\chi^2=18,467$, $f=4$, $p=0,001$, Cramer V=0,137, $p=0,001$), családi állapottal ($\chi^2=15,145$, $f=5$, $p=0,010$, Cramer V=0,124, $p=0,010$), foglalkozás típusával (aktív, passzív) ($\chi^2=7,162$, $f=1$, $p=0,007$, Cramer V=0,134, $p=0,002$), egészségi állapot megítélésével ($\chi^2=17,331$, $f=4$, $p=0,002$, Cramer V=0,118, $p=0,009$), háziorvossal való kapcsolattartással ($\chi^2=12,124$, $f=2$, $p=0,002$, Cramer V=0,113, $p=0,002$), rosszindulatú daganat előfordulásával ($\chi^2=3,880$, $f=1$, $p=0,049$, Cramer V=0,064, $p=0,001$), nőgyógyászati műtét ($\chi^2=5,736$, $f=1$, $p=0,017$, Cramer V=0,077, $p=0,017$).

Nőgyógyászati előadást nagyobb arányban igénylik a nagyközségben élők (78,9%), a községben élők (75%), a rossz (74,1%) és a nagyon jó egészségi állapottal rendelkezők (81,2%), azok, akik a szűréseken való megjelenést a nőgyógyászati javaslat alapján időzítik (76%), a szűrővizsgálaton évente megjelenők (73%), a 20-29 évesek (77,9%), a munkavisztonnyal nem rendelkezők (76,2%), és azok, akiknél vagy szűkebb környezetükben nőgyógyászati gyulladás- (76,1%), rosszindulatú daganat- (82,2%), nőgyógyászati műtét fordult elő (75,6%), akik a félelem miatt maradnak távol (64,5%), odafigyelnek a saját egészségi állapotukra (71,3%), felvilágosítás céljából a védőnőt is szívesen látnák az otthonukban (86,2%), szégyellik magukat a nőgyógyászati szűrésen (72,3%), a háziorvos javaslatait mindig megfogadják (74,1%) és másokat is ösztönöznek a szűrésen való részvételre (79,3%).

A témakörök iránti igényt a 20. ábra szemlélteti. Jól látható, hogy a vizsgálatban résztvevő nőknek nagy az igénye a szűrővizsgálatokról szóló tájékoztatásra.

Fogamzásgátlással és családtervezéssel kapcsolatos kérdések iránt a fiatal korosztálynak csupán 2/5 része (38%) érdeklődött. A terhesség témaköréhez fűződő elő-



20. ábra: Az előadások témája iránti igények megoszlása (N=675)

adás a 20-29 éves korosztály számára lényeges (43,1%). A nőgyógyászati daganatokról

szóló tájékoztatás az 50-59 éves nőknek csupán 20,6%-át érdekli. Figyelemre méltó, hogy a szűrővizsgálatokról/megelőzésről valamennyi korosztály nagy arányban szeretne tájékoztatást kapni.

Nőgyógyászati témakört érintő előadásra nem tart igényt a megkérdezett nők 32,5%-a (N=308). Az előadás sorozatokat elutasítja a nagyvárosban élők 35%-a, az özvegyek 43,6%-a, az elváltak 38%-a, a nagyon rossz egészségi állapottal rendelkezők 63,2%-a, azok, akik 3 évnél ritkábban járnak nőgyógyászati szűrésre (48,1%), a 40-59 évesek 37,9%-a, az aktív dolgozók 33,9%-a, a háziorvossal 2 évnél ritkábban találkozik 41,7%-a, akik nem látnák szívesen a védőnőt (48,7%), akik a háziorvos tanácsait nem fogadják meg (56,3%), és akik szerint nem kell részt venni a nőknek minden szűrővizsgálaton (47,2%).

Az előadástól való távolmaradás indokaként egyesek úgy érzik, hogy megfelelő ismerettel rendelkeznek (51,3%), nincs idejük részt venni ilyen jellegű programokon (31,2%), és nem érdeklődnek a téma iránt (8,1%).

Az eddig tárgyalt kérdéscsoportokban is nagy hangsúlyt fektettünk a szűréstől távolmaradó nőkre. Ebben a csoportban szignifikáns különbség nem mutatható ki a szűrésen való megjelenés és az előadás iránti igény között. A távolmaradók közül is 65,9% szívesen részt venne ilyen jellegű programokon, 31,9% viszont erre sem tartana igényt.

7.9. A szűrővizsgálat helyszíne, légköre

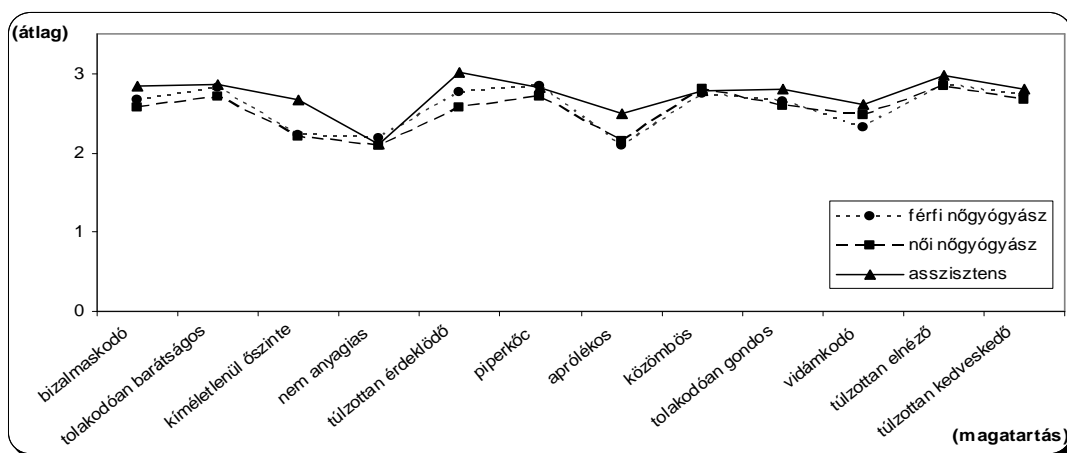
A szűrővizsgálatok légkörét jelentősen meghatározza az egészségügyi dolgozók érdeklődése a megjelentek problémái iránt. Felmérésünk e fejezetében azt vizsgáltuk, hogy milyen elvárásai vannak a vizsgálatban résztvevő hölgyeknek a szűrővizsgálaton jelenlévő szakorvos és asszisztens magatartásával szemben. A nők 42,9%-a elvárja az objektív megközelítést, 30,2%-ának a túlzott érdeklődés ellen sem volna kifogása. Nélkülözhetetlen az orvos barátságos magatartása (55,6%), kulturált megjelenése és viselkedése (59,3%), a környezetre is előnyösen ható határozott, de nyugodt fellépése (55,6%), hangulati stabilitása (33,6%), inkább vidám, jókedvű magatartása (43,2%).

Az utolsó elvárás magyarázataként szolgálhat az a feltevés, miszerint egy ilyen szituációban a fenti magatartás a feszültség oldását eredményezheti. A bizalmas légkör kialakítása 53,1%-ban jelent meg elvárásként, ami érthető az adott területen, hiszen egyben kötelezettség is az intimitás biztosítása. A nők több, mint fele tartja szükségesnek az aprólékos (53,5%), sőt tolakodóan gondos ellátást is (49,5%).

A válaszokból kiderül az is, hogy az orvostól a vizsgálatot követően őszinte tájékoztatást várnak (31,7%), még a kíméletlen őszinteséget is elfogadják (51,1%) és csak 3,9%-ban tartanak a problémákkal való direkt szembesüléstől.

Korunk és társadalmunk sajátos jelensége az egészségügyi ellátásban a hálapénz. A megkérdezettek 52,7%-a kategorikusan elutasítja a szűrővizsgálatot végző szakemberek esetleges ezirányú elvárásait.

A 21. ábra jól jelzi, hogy az ápolókkal szemben is hasonló elvárások fogalmazódnak meg, mint a szakorvossal szemben.



21. ábra: A szűrővizsgálaton jelenlévő egészségügyi személyzettel szemben támasztott követelmény (N=1000)

8. Eredmények az ápolónők körében

Az ápolói minta eredményeinek értékelésnél – hasonlóan a laikus értékeléshez – az alábbi csoportosítást alkalmaztuk:

1. szocio-demográfiai jellemzők leírása,
2. szubjektív egészség, egészségmagatartás, egészségügyi szakemberekkel való kapcsolattartás,
3. részvétel a nőgyógyászati szűrésen,
4. motiváció,
5. behívó levéllel szembeni elvárások,
6. előadás iránti igény,
7. a szűrővizsgálat helyszíne, légköre.

8.1. Szocio-demográfiai jellemzőinek leírása

Elsőként a kutatásban felhasznált személyes alapadatok gyakorisági megoszlását közöljük. A végleges ápolói minta 314 főből állt ($N_{\text{ausztráliai}}=104$, $N_{\text{német}}=99$, $N_{\text{magyar}}=111$). A válaszadó ápolók átlag életkora 38,55 ($SD\pm 10,43$) életév, a legfiatalabb ápoló 20 éves, a legidősebb 65 éves volt (20. táblázat).

20. táblázat: Az ápolói minta életkor szerinti megoszlása (%)

Korcsoport	Minta N=305 % (n)	Magyar N=109 % (n)	Német N=94 % (n)	Ausztráliai N=102 % (n)
20-29 év	25,6 (78)	35,8 (39)	28,7 (27)	11,8 (12)
30-39 év	28,9 (88)	33,0 (36)	26,2 (25)	26,5 (27)
40-49 év	28,9 (88)	22,9 (25)	24,5 (23)	39,2 (40)
50-59 év	15,7 (48)	8,3 (9)	19,1 (18)	20,6 (21)
60-65 év	1,0 (3)	-	1,1 (1)	2,0 (2)

A legtöbb ápoló (60.1%) házas volt a felméréskor, de a százalékos arányokat áttekinthetően megállapítható, hogy az ausztrál ápolók nagyobb hányada él házastárssal, csoportjukra kisebb arányban jellemző a válás. A magyar ápolók közel fele él házasságban, és viszonylag magas közöttük az élettársi kapcsolatban élők aránya (15,3%). A magyar és német ápolók csaknem ¼ része azonban hajadon ($\chi^2=23,339$, $f=8$, $p=0,003$, Cramer $V=0,195$, $p=0,003$) (21. táblázat).

A német és magyar mintában az ápolók több, mint 1/5 részben egy kiskorú gyermeket nevelnek. Elenyésző a 2 vagy több, 18 éven aluli gyermekek száma. A magyar és német ápolók körében nagyarányú a feltételezett gyermektelenség vagy a 18 évnél idősebb

gyermekkel rendelkezők köre (22. táblázat). Az ausztráliai minta (N=104) kérdőívében eltérő volt a kérdéscsoport, ezért az eredmény nem használható összehasonlítás céljából. Egyébként az ausztrál ápolók 1 gyermeket (14,4%), 2 gyermeket (26,9%), 3 gyermeket (21,2%), 4 vagy ennél több gyermeket (9,6%) nevelnek. Nincs gyermeke 27,9%-nak.

Lakóhelyüket tekintve a magyar és német minta tagjai 65,4%-ban megyeszékhelyen és városban élnek, és 24,6%-uk községi lakos. Az ausztráliai kérdőív ezt a kérdést nem tartalmazta. Iskolai végzettséget tekintve, az eltérő iskolarendszer miatt nem állt módunkban megbízható nemzetközi összehasonlítást végezni.

21. táblázat: Az ápolói minta családi állapot szerinti megoszlása

Családi állapot	Minta N=306 % (n)	Magyar N=111 % (n)	Német N=98 % (n)	Ausztráliai N=97 % (n)
Házasságban	60,1 (184)	49,5 (55)	57,1 (56)	75,3 (73)
Hajadon	21,9 (67)	24,3 (27)	24,5 (24)	16,5 (16)
Elvált/különél	5,9 (18)	8,1 (9)	4,1 (4)	5,2 (5)
Özvegy	2,9 (9)	2,7 (3)	3,1 (3)	3,1 (3)
Élettársi kapcsolat	9,2 (28)	15,3 (17)	11,2 (11)	-

22. táblázat: Kiskorú gyermekek száma a német és magyar ápolók körében

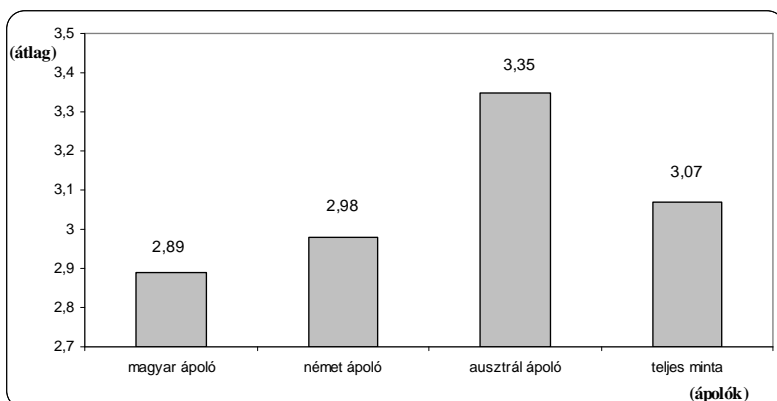
18 évnél fiatalabb gyermek	Minta N=207 % (n)	Magyar ápolók N=110 % (n)	Német ápolók N=99 % (n)
Nincs gyermek	57,0 (118)	59,1 (65)	54,6 (53)
1 gyermek	23,7 (49)	25,5 (28)	21,6 (21)
2 gyermek	14,5 (30)	13,6 (15)	15,5 (15)
3 gyermek	3,4 (7)	1,8 (2)	5,2 (5)
4 vagy több gyermek	1,4 (3)	-	3,1 (3)

8.2. Szubjektív egészség, egészségmagatartás, egészségügyi szakemberekkel való kapcsolattartás az ápolónők körében

8.2.1. Az egészségi állapot önértékelése

Vizsgálatunkban az egészségi állapot szubjektív megítélését fontos tényezőnek tekintettük. Az önértékelés négyfokú skála segítségével történt, amelyen az 1-es érték jelentette a „nagyon rossz”, a 4-es a „nagyon jó” minősítést. Az önértékelésben az ápolói minta átlagpontszáma 3,07 (SD=0,567) volt. Az átlaghoz viszonyítva a legmagasabb értéket az ausztráliai, a legkisebb értéket a magyar minta adta (22. ábra).

„Jó” minősítést adott az ápolói minta 85,1%-a, negatív értéket (rossz, nagyon rossz)



22. ábra: Egészségi állapot átlaga az ápolói csoportok tekintetében

11,5%-a. Részletesebben tárgyalva az egészségi állapot szubjektív megítélésének a kérdését, szignifikáns különbség tapasztalható az ápolói csoportok között. Figyelemre méltó, hogy az ausztrál ápolók

40,8%-a tekinti nagyon jónak az egészségi állapotát, szemben a magyar ápolók csupán 4,6%-ával, és a német ápolók 13,1%-ával ($\chi^2=51,316$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,287$, $p<0,001$)(23.táblázat).

23. táblázat: Az egészségi állapot megítélése

Egészségi állapot megítélése	Minta N=311	Magyar N=109	Német N=99	Ausztráliai N=103
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
átlag	3,07±0,56	2,89±0,44	2,98±0,55	3,35±0,59
nagyon rossz	0,3 (1)	-	1,0 (1)	-
rossz	1,6 (36)	15,6 (17)	13,1 (13)	5,8 (6)
jó	68,8 (214)	79,8 (87)	72,7 (72)	53,4 (55)
nagyon jó	19,3 (60)	4,6 (5)	13,1 (13)	40,8 (42)

8.2.2. Aktivitás az egészség fenntartására

Az egészség fenntartása érdekében folytatott tevékenységüket négyfokú skálán kellett megítélniük a résztvevőknek. Nem tett semmit a minta 5,6%-a, keveset tett a 37,8%-a, sokat/nagyon sokat tett az ápolók 56,6%-a.

Szignifikáns különbség tapasztalható a három minta között ($\chi^2=84,462$, $f=6$, $p<0,001$, Cramer $V=0,373$, $p<0,001$), amennyiben az ausztráliai ápolók – hasonlóan az előző kérdéshez – szignifikánsan többet tettek az egészségi állapotukért (85,7%), mint a magyarok (45%) és a németek (41,3%) (24. táblázat).

A teljes minta 55,1%-ban volt elégedett mindazzal, amit az egészség fenntartása érdekében tettek. A magyar ápolók (N=102) 62,7%-a vallotta azt, hogy elégedetlen, szemben a német és ausztráliai mintával, akik több, mint 60%-ban voltak elégedettek ($\chi^2=20,909$, $f=2$, $p<0,001$, Cramer $V=0,264$, $p<0,001$).

Összevontan sem a teljes mintára, sem a csoportokra külön-külön vonatkozva nem találtunk szignifikáns kapcsolatot az egészségi állapot megítélése és fenntartása között (25. táblázat).

24. táblázat: Az egészségi állapot fenntartására fordított tevékenység

Mennyit tett az egészségéért	Minta N=304 % (n)	Magyar N=109 % (n)	Német N=97 % (n)	Ausztráliai N=98 % (n)
Semmit	5,6 (17)	5,5 (6)	8,2 (8)	3,1 (3)
Keveset	37,8 (115)	49,5 (54)	50,5 (49)	12,2 (12)
Sokat	43,4 (132)	42,2 (46)	39,2 (38)	49,0 (48)
Nagyon sokat	13,2 (40)	2,8 (3)	2,1 (2)	35,7 (35)

25. táblázat: Elégedettség az egészség fenntartása érdekében tett cselekedetekkel

Elégedettség	Minta N=301 % (n)	Magyar N=102 % (n)	Német N=97 % (n)	Ausztráliai N=102 % (n)
Nem	44,9 (135)	62,7 (64)	39,2 (38)	32,4 (33)
Igen	55,1 (166)	37,3 (38)	60,8 (59)	67,6 (69)

8.2.3. Betegségek előfordulása a válaszadók és szűkebb környezetük körében

Az egészségi állapot további vizsgálatnál csak a nőgyógyászati megbetegedések gyakoriságára helyeztük a hangsúlyt. A 26. táblázatot áttekintve, megállapítható, hogy a magyar ápolók, beleértve a szűkebb családi környezetüket is valamennyi jelentősebb nőgyógyászati betegségcsoport terén többletet mutatnak az ausztrál és német kontroll csoporthoz képest: nőgyógyászati gyulladás (27,27%), menstruációs zavar (30,9%), nőgyógyászati jóindulatú daganat (20,9%) és nőgyógyászati műtét (28,18%).

26. táblázat: Nőgyógyászati megbetegedések előfordulása az ápolók körében

Betegségek, kezelések	Magyar N=110 % (n)	Német N=99 % (n)	Ausztráliai N=104 % (n)
Nőgyógyászati gyulladás	27,27 (30)	4,04 (4)	–
Menstruációs zavar	30,9 (34)	0,10 (10)	–
Nőgyógyászati jóindulatú daganat	20,9 (23)	6,06 (6)	0,96 (1)
Nőgyógyászati rosszindulatú daganat	6,36 (7)	3,03 (3)	0,96 (1)
Nőgyógyászati műtét	28,18 (31)	3,03 (3)	7,69 (8)

8.2.4. Szakemberrel való kapcsolattartás

Saját egészsége érdekében a házi orvosával az ápolók 37,6%-a találkozott az elmúlt fél évben, 26,1%-a 1 éven belül, és 29,9%-a 2 éve vagy ennél régebben. Szignifikáns különbség állapítható meg a három ápolói csoport között ($\chi^2=23,210$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer V=0,199, $p<0,001$). A magyar ápolókkal ellentétben mind a német, mind az ausztráliai csoport nagyobb hányada kereste fel házi orvosát a saját egészsége érdekében (27. táblázat).

27. táblázat: Háziorvossal való kapcsolattartás az ápolók között

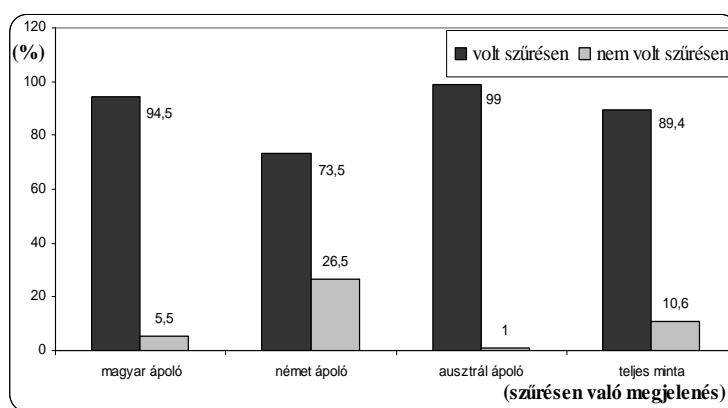
Találkozás a háziorvossal	Minta N=294 % (n)	Magyar N=102 % (n)	Német N=89 % (n)	Ausztráliai N=103 % (n)
Féléven belül	40,1 (118)	24,5 (25)	40,4 (36)	55,3 (579)
1 éve	27,9 (82)	30,4 (31)	28,1 (25)	25,2 (26)
2 éve vagy ritkábban	32,0 (94)	45,1 (46)	31,5 (28)	19,4 (20)

8.3. Részvétel a nőgyógyászati szűrésen

8.3.1. Részvételi gyakoriság

Cytológiai szűrésen életében legalább egyszer járt a válaszadók 89,4%-a. Szignifikáns különbség tapasztalható az egyes ápolói csoportok és a megjelenés gyakorisága között ($\chi^2=39,360$, $f=2$, $p<0,001$, $CramerV=0,356$, $p<0,001$). Az ausztráliai ápolók 99%-a, a magyar ápolók, több, mint 90%-a

élete folyamán legalább egyszer már járt szűrővizsgálaton. A német ápolók viszont 26,5%-ban egyszer sem jelentek meg (23. ábra).



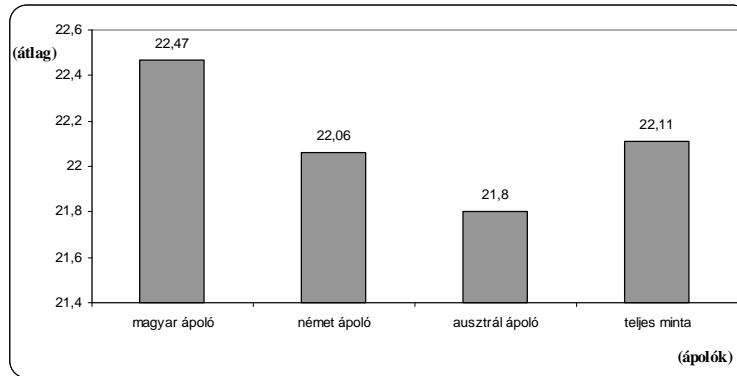
23. ábra: Az ápolók megjelenése a szűrésen (N=278)

Azok az ápolók, akik részt vettek már szűrésen: 50,9%-ban évente, 28,4%-ban kétfévente, 5,8%-ban háromévente jelentek meg. A magyar ápolók és a német ápolók jelentős része évente vesz részt a szűrővizsgálaton, ezzel szemben az ausztrál minta több, mint 50%-a csak 2 évente jelenik meg (28. táblázat).

28. táblázat: A nőgyógyászati vizsgálaton való megjelenés gyakorisága az ápolók körében

Gyakoriság	Minta N=275 % (n)	Magyar N=101 % (n)	Német N=72 % (n)	Ausztráliai N=102 % (n)
Évente	50,9 (140)	67,3 (68)	72,2 (52)	19,6 (20)
2 évente	28,4 (78)	13,9 (14)	9,7 (7)	55,9 (57)
3 évente	5,8 (16)	5,9 (6)	2,8 (2)	7,8 (8)
Ennél ritkábban	7,3 (20)	8,9 (9)	1,4 (1)	9,8 (10)
Nőgyógyász javaslatára	3,6 (10)	1,0 (1)	6,9 (5)	3,9 (4)
Egyéb	4,0 (11)	3,0 (3)	6,9 (5)	2,9 (3)

Az első nőgyógyászati vizsgálaton való megjelenés átlag életkora 22.11 (SD±6,587) év (N=261). Mindhárom ápolói csoport 21-22 éves kora között ment el első alkalommal nőgyó-



24. ábra: Az első szűrés átlag életkora

gyászati rákszűrésre (24. ábra). Ebben a vonatkozásban szignifikáns különbség tapasztalható az ápolói csoport tagjai között. ($\chi^2=32,981$, $f=8$, $p<0,001$, Cramer $V=0,251$, $p<0,001$). A magyar és ausztráliai ápolók közül legtöbben 20-29 évesen jelennek meg az első citológiai vizsgálaton, szemben a német ápolókkal, akiknek 56,5%-a már 15-19 évesen jelentkeznek az első vizsgálatra. A magyar ápolók 10,2%-ánál, az ausztráliai ápolók 9,9%-ánál 30-39 évesen vesznek először Pap-kenetet. Elenyésző azok száma, akik 40 évesen és/vagy annál idősebb korban fordulnak először szűrés céljából nőgyógyász-szakorvoshoz (29. táblázat).

29. táblázat: Az első nőgyógyászati vizsgálaton való megjelenés

Életkor	Minta N=261 % (n)	Magyar N=98 % (n)	Német N=62 % (n)	Ausztráliai N=101 % (n)
átlag±SD	22,11±6,587	22,47±6,672	22,06±9,145	21,80±4,290
minimum	12	15	12	12
maximum	56	46	56	36
Korcsoport	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
<20 év	39,1 (102)	38,8 (38)	56,5 (35)	28,7 (29)
20-29 év	48,7 (127)	44,9 (44)	33,9 (21)	61,4 (62)
30-39 év	7,7 (20)	10,2 (10)	-	9,9 (10)
40-49 év	3,8 (10)	6,1 (6)	6,5 (4)	-
50-59 év	0,8 (2)	-	3,2 (2)	-

8.3.2. Résztvételi gyakoriság az ismeretszínhez viszonyítva

Az adott ország szűrőprogramját is tükrözi az a kérdés, amelyik arra vonatkozott, hogy „Ön szerint milyen időközönként kell nőgyógyászati szűrésen megjelenni?”. A magyar ápolók 95,5% -a, a német ápolók 83,7%-a nyilatkozott úgy, hogy a nőgyógyászati szűrésen évente ajánlott megjelenni, az ausztráliai ápolók 65,4%-ának a véleménye alapján 2 évenként ajánlott résztvenni a rákszűrésen (30.táblázat).

30. táblázat: Nőgyógyászati szűrésen való megjelenési gyakoriságra vonatkozó ismeretek

Gyakoriság	Minta N=311 % (n)	Magyar N=110 % (n)	Német N=98 % (n)	Ausztráliai N=103 % (n)
Évente	68,5 (213)	95,5 (105)	83,7 (82)	25,2 (26)
2 évente	25,1 (78)	2,7 (3)	7,1 (7)	66,0 (68)
Három évente	1,6 (5)	-	2,0 (2)	2,9 (3)
Ennél ritkábban	-	-	2,0 (2)	-
Egyáltalán nem kell járni	0,6 (29)	-	-	-
Nem tudom	1,6 (5)	0,9 (1)	2,0 (2)	1,9 (2)
Egyéb	2,6 (8)	0,9 (1)	3,1 (3)	3,9 (4)

8.4. Privát szakorvos szerepe

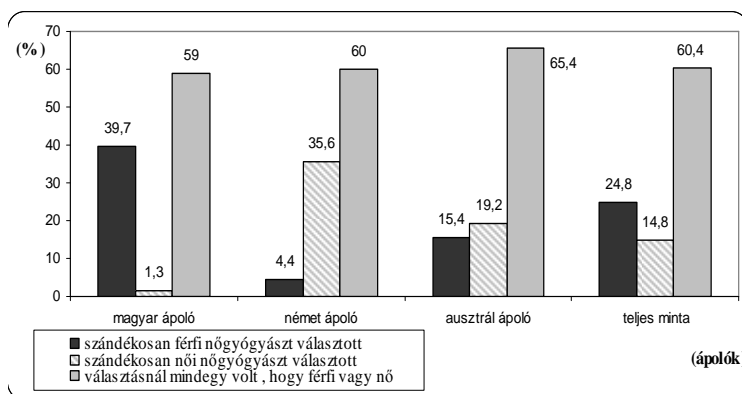
31. táblázat: Privát szakorvos választás

Választás módja	Minta N=268 % (n)	Magyar N=110 % (n)	Német N=102 % (n)	Ausztráliai N=56 % (n)
Igen	57,1 (153)	72,7 (80)	85,7 (48)	24,5 (25)
Nem	42,9 (115)	27,3 (30)	14,3 (8)	75,5 (77)

A megkérdezett ápolók közel fele (47,5%) rendelkezik privát nőgyógyász

szakorvossal, és Chi-négyzet próbával erős szignifikáns különbséget ($\chi^2=703,906$, $f=2$, $p<0,001$, Cramer $V=0,525$, $p<0,001$) találtunk, egyfelől a magyar (72,7%) és a német (85,7%), másfelől az ausztrál ápolónők (24,5%) között (31. táblázat).

A privát orvos nemében történő választást illetően szignifikáns különbség tapasztalható a három ápolói csoport között ($\chi^2=38,714$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer $V=0,360$, $p<0,001$).



25. ábra: Választás az orvos nemét illetően (N=149)

A magyar és német minta közel kétötöd részének a választása férfi nőgyógyász szakorvosra esett. A német ápolók 35,6%-a azonban női nőgyógyászt keres fel a vizsgálat elvégzése céljából. Az ausztráliai ápolók mintegy 65%-a gondolja

úgy, hogy maga a szakorvos neme nem befolyásolja a választását (25. ábra).

A privát szakorvost választó ápolók (N=153) 71,24%-ban azt emelték ki, hogy a problémáikat így tudják legjobban az orvossal megbeszélni. Az általunk megadott többi változóra nagyon elenyésző számú jelölés történt.

8.5. Motiváció

A vizsgálatban alkalmazott alapmotiváció mérőskálája 27 kérdést tartalmazott. Ezekben, hasonlóan a laikus csoportnál végzett felméréshez, a szűrővizsgálattal kapcsolatos részvételt pozitívan befolyásoló tényezőkre, és a távolmaradás okainak vizsgálatára helyeztük a hangsúlyt. A skálán adható válaszok tartományát „kifejezetten így van” és „egyáltalán nincs így” (1-től-5 fokozatig terjedő Likert-féle skála típus) választási lehetőségek között határoztuk meg.

Félelem miatt az ápolók csupán 9,2%-a nem jelentkezett. Szignifikáns különbség e tekintetben nem tapasztalható a három ápolói csoport között ($p > 0,05$). Az ausztráliai minta 3%-a, a német minta 11,8%-a, a magyar ápolók 12,7%-a vallja azt, hogy azért nem megy el szűrővizsgálatra, mert félelem tölti el, hogy kiderül valamilyen nőgyógyászati betegsége.

A teljes minta 92%-a azért megy el szűrővizsgálatra, mert *odafigyel az egészségi állapotára* (magyar minta:93,4%, német minta:91,6%, ausztrál minta:91%).

Túl öregnek érzi magát a méhnyakrák betegséghez az ápolók 2,3%-a, nem rendelkezik erről kellő ismerettel 3,7%. Nem ért egyet a kijelentéssel a minta 94%-a.

Mindössze 5,5%-a vélte úgy, hogy azért nem ment szűrésre, *mert a nem hívják be konkrét időpontra (óra, perc) a vizsgálatra*.

Kizárólag 4,8% *azért nem megy el szűrővizsgálatra, mert a behívólevélen szereplő időpont nem megfelelő számára és bonyolult az új időpont egyeztetése*.

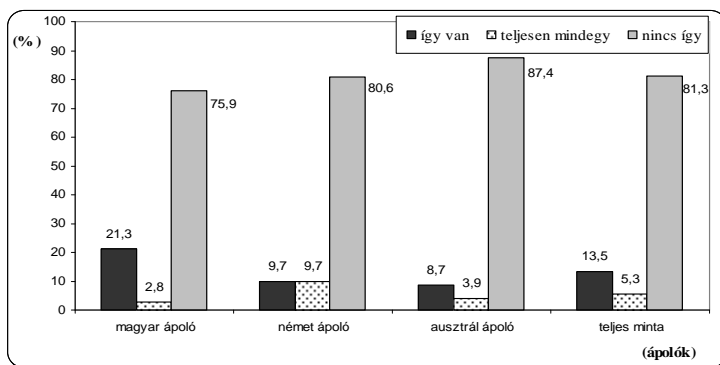
Elenyésző azoknak az ápolóknak a száma (4,9%), akik csak a jutalom – mint ösztönző tényező – hatására vennének részt a nőgyógyászati szűrésen (német ápolók: 7,3%, magyar ápolók: 2,8%).

A német minta 11%-a, a magyar minta 0,9%-a akkor menne el nőgyógyászati rákszűrésre, ha a kenetet a háziiorvosi rendelőben is levinnék. Az ápolók 81,5%-a nem ért egyet ezzel a lehetőséggel, 13%-ának azonban nem lényeges a helyszín ($\chi^2=10,299$, $f=2$, $p=0,006$, Cramer $V=0,227$, $p=0,006$).

Valamivel több, mint egy ötöd résznyi (21,7%) ápoló szívesen venné, ha a *védőnő/egészségügyi dolgozó személyesen felkeresné, és részletesen tájékoztatná a szűrés fontosságáról*. Fele részben (53,3%) azonban ezt a megoldást zavarónak ítélnék. Feltűnően nagy arányban az ausztrál minta utasítja el az ilyen jellegű kezdeményezést (73,3%). A magyar ápolók nagyobb arányban (32,1%), míg a német ápolók (15,1%) és

az ausztráliai ápolók (16,8%) jóval kisebb részben igénylik a kollegáktól a teljes körű információ átadását. Meglepő a magyar (39,6%) és német ápolók (24,7%) ilyen irányú közömbössége ($\chi^2=47,350$, $f=4$, $p < 0,001$, Cramer V=0,281, $p < 0,001$).

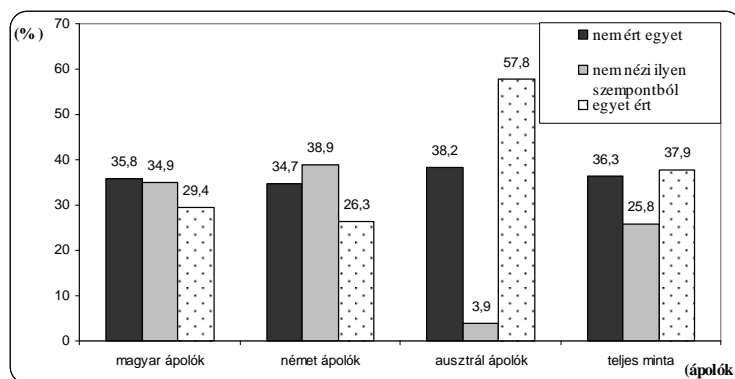
Az ápolók 13,5%-a szégyenérzetről számol be a szűrővizsgálat során. Minden ötödik magyar ápoló szégyelli magát a szűrővizsgálaton (21,3%), a német (9,7%) és ausztráliai csoportnál (8,7%) ez az



26. ábra: Szégyenérzet a szűrővizsgálat során (N=304)

arány jóval kisebb ($\chi^2=13,447$, $f=4$, $p=0,009$, Cramer V=0,149, $p=0,009$)(26. ábra).

A nőgyógyászati vizsgálat kellemetlenségéről 37,9%-ban számoltak be (27. ábra). Az ausztráliai ápolók közel 60%-a jelenti ki, hogy a nőgyógyászati vizsgálatot nagyon kellemetlennek érzi. A magyar és német ápolók-nál ez az arány jóval kisebb ($\chi^2=45,080$, $f=4$, $p < 0,001$, Cramer V=0,271, $p < 0,001$).



27. ábra: A szűrővizsgálat kellemetlensége (N=306)

A háziorvos javaslatait az ápolónők közel fele (46,7%) tartja be, 34,9%-ban időnként megfogadják, a többiek viszont időnként sem. Szignifikáns különbség állapítható meg a három nemzeti csoport között, miszerint a háziorvosi útmutatást az ausztráliai minta 68%-a, a magyar minta 40,6%-a, a német minta 36,2%-a követi ($\chi^2=44,910$, $f=4$, $p < 0,001$, Cramer V=0,272, $p < 0,001$).

Az ápolók csupán 27,2%-a ösztönöz másokat is arra, hogy vele együtt vegyenek részt a nőgyógyászati szűrésen, fele részben (52,5%) azonban erről nem akarják meggyőzni a családjukat és ismerős hölgytársaikat. A magyar minta 32,1%-a, német csoport 19,4%-a nem erőlteti, szemben az ausztráliai mintával, amelynek 58,3%-a biztat másokat is a szűrővizsgálaton való részvételre ($\chi^2=83,577$, $f=4$, $p < 0,001$, Cramer V=0,370, $p < 0,001$).

Csak akkor menne el szűrésre az ápolók 31,1%-a, ha *munkaidőn kívül is biztosítanának számára megfelelő időpontot* (magyar minta=9,2%, német ápolók=22,6%). Az ausztráliai minta nagyobb arányban (62,1%) értene egyet ezzel a lehetőséggel ($\chi^2=81,567$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer $V=0,366$, $p<0,001$).

Mindösszesen 5,3% nem áldozná fel a *szabadidejét* szűrővizsgálat céljából. Az ausztráliai ápolók 90,3%-a, a magyar minta 82,9%-a, a német minta 81,7%-a állítja, hogy szabadidejének terhére is elmegy a szűrésre ($\chi^2=10,010$, $f=4$, $p=0,040$, Cramer $V=0,129$, $p=0,040$).

Szívesen részt venne *munkahelyi szűrésen* a megkérdezett ápolók 36,1%-a. Meglepő módon 34,7%-ban zavarónak éreznék ezt a kezdeményezést. A magyar (46,2%) és az ausztráliai minta (44,7%) szignifikánsan nagyobb arányban fejez ki pozitív hozzáállást. A német ápolók 54,8%-a gondolja úgy, hogy a helyszínnek nincs jelentősége ($\chi^2=36,374$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer $V=0,245$, $p<0,001$).

A *szűrés időpontjáról szóló telefon egyeztetésnek* a megkérdezett minta 36,6%-a örülne, 44,2%-ban viszont elutasítják. A χ^2 -próba szerint a különbség szignifikáns a három minta között ($\chi^2=33,056$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer $V=0,234$, $p<0,001$). A magyar (43,8%) és német ápolók (43,8%) nagyobb arányban örülnének a telefonon történő időpont egyeztetésnek. Az ausztrál ápolók 66%-a azonban elutasítja ezt a kezdeményezést.

Az ápolók több, mint felét (52,8%) zavarná, ha a *vizsgálatot ápoló vagy védőnő végzné*. Ebben a kérdésben is szignifikáns eltéréseket tapasztalunk ($\chi^2=25,989$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer $V=0,203$, $p<0,001$). A magyar (54,7%) és német ápolók (58,7%) elutasítása nagyobb, mint az ausztrál csoporté (45,6%). Említésre méltó, hogy a magyar és német minta tagjainak 1/3 része számára közömbös, hogy a vizsgálatot orvos, ápoló vagy védőnő végzi.

Csak a magánorvosához megy el rákszűrés céljából a megkérdezett ápolók több, mint 2/5 része (43,3%), 14,8%-nak azonban mindegy hogy milyen formában dolgozik az orvos. Szignifikáns különbség mutatkozik a három csoportban a magánorvos iránti igények között ($\chi^2=24,599$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer $V=0,201$, $p<0,001$). Az ausztráliai ápolók nagyobb arányban részesítik előnyben a privát szülész-nőgyógyász szakorvost (63,7%), szemben a magyar (41,9%) és a német (22%) ápolókkal.

Vizsgálatunkban arra is kerestük a választ, hogy az ápolók a szakmai tapasztalatuk révén, hogyan vélekednek általában a nők motivációjáról az egészséggel és a szűrővizsgálattal való részvétellel kapcsolatban.

Minden negyedik ápoló véli úgy, hogy a *vidéken élő nők azért nem mennek el a szűrővizsgálatokra, mert sokat kell utazni a legközelebbi szűrőközpontba*. Másfelől viszont, közel 40%-ban egyértelműen kijelentik, hogy ez nem lehet szempont. Ebben a vonatkozásban nagyobb a magyar (44,8%) és német ápolók (48,9%) aránya ($\chi^2=10,068$, $f=4$, $p=0,039$, Cramer V=0,130, $p=0,039$).

Minden harmadik ápoló (37,1%) úgy véli, hogy a *hosszú várakozás riasztja el az embereket a szűrővizsgálattól*. Az ausztráliai ápolók 52,4%-ban értenek egyet ezzel az állítással, szemben a magyar ápolók 37,1% és a német ápolók 20,0%-ával. ($\chi^2=53,522$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer V=0,295, $p<0,001$).

Jelentős hányaduknak (39,5%) az a meglátása, hogy a média *nem foglalkozik kellő mértékben a szűrés fontosságával*. Nincs véleménye a válaszadók 16%-ának, és ebben a vonatkozásban viszonylag nagyobb a német ápolók aránya (23,4%) ($\chi^2=11,076$, $f=4$, $p=0,026$, Cramer V=0,135, $p=0,026$).

A magyar és német csoport tagjai egyöntetűen nyilatkozzák (több, mint 90%-ban), hogy a nőknek minden évben részt kellene venniük a nőgyógyászati rákszűrésen.

Mindhárom ápolói csoport több, mint $\frac{3}{4}$ része állítja (79%), hogy a nőknek nemcsak méhnyakrák-szűrésen, de mammográfiai-, szájüregi-, és végbél vizsgálatra is jelentkezniük kellene.

Az ápolók 26,8%-a szerint *a nőknek nincs ideje az egészségükkel foglalkozni családi-, munkahelyi kötelezettség miatt, ami befolyásolhatja a részvételt*. Az ausztráliai minta 36,3%-a ért egyet ezzel az állítással, míg a magyar ápolók 38,5%-a, és a német ápolók 30,5%-a szerint ez nem lehet idő kérdése ($\chi^2=21,928$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer V=0,189, $p<0,001$).

Csupán 7,2%-ban jelent meg az a vélemény, miszerint *a nőket csak anyagilag lehet motiválni, hogy részt vegyenek a rákszűrővizsgálaton*. Az ausztrál minta 16,7%-a ért egyet ezzel az állítással, a magyar minta $\frac{1}{4}$ része (20,6%) szerint viszont, ez a módszer nem megengedhető ($\chi^2=26,750$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer V=0,210, $p<0,001$).

Nagyon kevesen (4,9%) gondolják úgy, hogy *nem érdekli a nőket a saját egészségük*. Fordítva, az ausztráliai minta nagy arányban (88,3%) nem ért egyet ezzel az állítással. A

magyar minta 30,8%-a, a német minta 27,7%-a szerint ezt a kérdést mindenki maga dönti el ($\chi^2=28,441$, $f=4$, $p<0,001$, Cramer $V=0,216$, $p<0,001$).

Összegzés: A skálák pontátlagainak összehasonlítása céljából az egyutas varianciaanalízist (one-way ANOVA) is elvégeztük (15-16. számú melléklet). Az eredményekből megállapítható, hogy az ausztrál minta a pszichés háttértényezők tekintetében szignifikánsan kedvezőbb pontszámot elérve is jelzi, hogy számára a félelem és a szemérmesség nem lehet indok a távolmaradásra ($p<0,05$). Megnyugtató, hogy mindhárom ápolói csoport azért megy el szűrésre, mert odafigyel az egészségi állapotára. Egyik ápolói csoportot sem kényszeríti mulasztásra az időhiány, mint a távolmaradás egyik oki tényezője, és a szabadidő terhére is részt vesznek a szűrésen ($p>0,05$). Az ausztrál ápolói minta nagyobb hangsúlyt fektetett arra, hogy másokat is ösztönözzön a részvételre ($p<0,05$). Míg az ausztrál mintát zavarná a telefonon történő időpont egyeztetés, addig a magyar és német ápolók e tekintetben továbbra is előnyben részesítik a levélben történő értesítést. A munkahelyi szűrésen mind az ausztrál, mind a magyar minta szívesen részt venne, szemben a német ápolókkal, számukra a helyszínnek nincs jelentősége ($p<0,05$). Bár az átlagok alapján szignifikáns különbség van, de mindhárom ápolói csoport számára közömbös, hogy ki végzi el a szűrést. Az egészségügyi személyzet iránt mindhárom csoport közömbös magatartást tanúsít, számukra mindegy, hogy ki végzi el a szűrést.

8.6. Behívó levéllel szembeni elvárások

Az ápoló minta 34,4%-a kapott behívó levelet méhnyak szűrésre az elmúlt 3 évben. Szignifikáns különbség állapítható meg a három csoport között ebben a tekintetben

32. táblázat: Értesítés a nőgyógyászati vizsgálatról

	Minta N=308 % (n)	Magyar N=110 % (n)	Német N=98 % (n)	Ausztráliai N=100 % (n)
Igen	34,4 (106)	24,5 (27)	13,3 (13)	66 (66)
Nem	65,6 (202)	75,5 (83)	86,7 (85)	34 (34)

($\chi^2=68,367$, $f=2$, $p<0,001$, Cramer $V=0,471$, $p<0,001$). Az ausztráliai ápolóknak ugyanis 2/3-része kapott meghívó levelet (32. táblázat).

Az értesítettek közül 47,2% a levél hatására jelentkezett, 2/5 része egyébként is elment volna, 10,4% viszont a levél ellenére sem vett részt a vizsgálaton.

33. táblázat: A behívólevéllel kapcsolatos kívánalmak a magyar és német ápolók körében

	Minta % (n)	Magyar ápolók % (n)	Német ápolók % (n)
Információ tartalom			
Egyszerű papíron csak a legszükségesebb információt tartalmazza	54,9 (97)	47,9 (46)	61,4 (51)
Minden lehetséges információt tartalmazzon	45,8 (82)	52,1 (50)	38,6 (32)
Reklám			
Reklámszerű legyen	14,2 (18)	15,0 (12)	12,8 (6)
Ne legyen reklámszerű	85,8 (109)	85,0 (68)	87,2 (41)
Nyomatási forma			
Igényes nyomtatással készüljön	52,9 (64)	53,2 (41)	52,3 (23)
Lehet egy fénymásolt papír is	47,1 (57)	46,8 (36)	47,7 (21)
Ábra/kép			
Ábrával/képpel hívja fel a figyelmet	64,6 (84)	59,3 (48)	73,5 (36)
Ne legyen ábra/kép	35,4 (469)	40,7 (33)	26,5 (13)

mak a laikusokhoz hasonlóan az ápolói csoportot is megosztották. A minta 54,2%-a igényelné, hogy a behívólevél formailag egyszerű fehér papír legyen, csakis a legfontosabb információkkal. Jelentős részben tagadták, hogy szükség volna a behívólevél reklámszerűségére. Igényesen nyomtatott levelet szeretne kapni a válaszadók 52,9%-a. Figyelemfelkeltő képre/ábrára a megkérdezettek 64,6%-a tart igényt (33. táblázat).

8.7. Előadás iránti igény

Szívesen megjelenne nőgyógyászati témakörű előadáson a magyar és német válaszadók 72,2%-a (N= 198). Szignifikáns különbség tapasztalható az egyes csoportok és az előadáson való részvételi igény között ($\chi^2=4,382$, $f=1$, $p=0,036$, Cramer V=0,149, $p=0,036$). A folyamatos

képzési lehetőséget szem előtt tartva, a magyar ápolók szignifikánsan nagyobb arányban, több mint 3/4 részben szükségesnek vélik

34. táblázat: Az ápolók előadással szembeni igénye

Témaválasztás	Minta (N=198) % (n)	Magyar (N=110) % (n)	Német (N=88) % (n)
IGEN	72,2 (143)	78,2 (86)	64,8 (57)
Családtervezés/fogamzásgátlás	27,5 (39)	34,9 (30)	16,1 (9)
Terhesség/szülés	32,4 (46)	37,2 (32)	25,0 (14)
Nőgyógyászati daganatok	64,8 (92)	61,5 (56)	64,3 (36)
Megelőzés/szűrővizsgálat	85,9 (122)	84,9 (73)	87,5 (49)
NEM	27,8 (55)	21,8 (24)	35,2 (31)
Úgy véli, hogy rendelkezik megfelelő ismerettel	72,7 (40)	70,8 (17)	74,2 (23)
Nincs rá időm	27,3 (15)	25,0 (6)	29,0 (9)
Nem érdekel a téma	9,1 (5)	8,3 (2)	9,7 (3)

a nőgyógyászati témakörben tartott előadásokat. A konkrét témakört illetően feltett kérdésre többféle választási lehetőséget adtunk. Mind a magyar, mind a német kontrollcsoportnál a daganatok és a szűrővizsgálatok bizonyultak kiemelt érdeklődési területnek. Családtervezésről, terhességről szóló előadásokra is igényt tart a magyar és a német minta 35,0 illetve 16,0%-a (34. táblázat). Az ausztráliai kérdőívben ez a kérdéskör nem szerepelt. Az előadásoktól való távolmaradás (N=55) indokaként az ápolók úgy vélik, hogy elegendő ismerettel rendelkeznek a kérdőívben felsorolt témakörökben (72,7%), azonban több, mint 1/4 részben időhiányra panaszkodnak, elenyésző viszont azok száma, akik teljesen érdektelenek lennének (9,1%).

A meghívó levél kérdésköre az ausztrál kérdőívben formailag eltért a másik kettőtől, ezért a leíró jellegű bemutatás először csak a német és magyar csoportot veszi figyelembe. A kívánalmak

9. Megbeszélés

Vizsgálatunkban azt a célt tűztük ki, hogy kvalitatív módszerrel tárjuk fel a Zalaegerszegen és vonzáskörzetében élő nők nőgyógyászati szűrővizsgálat iránti motivációit és a távolmaradás okait. Munkánk során elméleti kiindulópontul szolgáltak azok a korábbi magyarországi kutatások és statisztikai adatfelvételek, amelyek a nőgyógyászati rákszűrés alacsony részvételi arányával foglalkoztak. A nemzetközi összehasonlítás érdekében – szakmai kapcsolatok révén – a hazai vizsgálattal párhuzamosan, egy nyugat-ausztráliai és egy németországi ápolói mintán is kutatást kezdeményeztünk.

9.1. Szociokulturális háttér

Családi állapot tekintetében az ausztrál egészségügyi dolgozók körében magasabb a házasságban élők aránya, mint a német, a magyar ápolók és a laikusok között. A magyar ápolók (49,5%) és a magyar laikusok (50,7%) közel azonos arányban élnek házasságban. A hajadonok és elváltak aránya magasabb a magyar nők (ápoló, laikus) körében.

A megkérdezett ápolók (német, magyar) és a laikus nők körében nagyarányú a feltételezett gyermektelenség vagy a 18 évnél idősebb gyermekkel rendelkezők köre. Egy kiskorú gyermeket közel azonos arányban nevelnek (laikus nők 22,4%, magyar ápolók 25,5%, német ápolók 21,6%).

A magyar minta iskolai végzettségét tekintve jelentős az érettségizettek száma, egynegyed részük diplomás, elenyésző az általános végzettségű. Az eltérő iskolarendszer miatt az ápolók körében nem állt módunkban megbízható nemzetközi összehasonlítást végezni. Más hazai felmérésekben a saját mintánkhöz hasonló eredmények születtek (Hegedűs és mtsai 2008).

9.2. Egészségi állapot

Felismerve azt a tényt, hogy az egyének véleménye saját egészségükről az egészségi állapot mérésének hasznos indikátora, a vélt egészség mutatója a legtöbb nemzetközi szervezet (WHO, EU, OECD) által ajánlott egészségindikátorok között megtalálható. Annak ellenére alakult ki ez a gyakorlat, hogy a kulturális tényezők jelentősen befolyásolják az objektív egészségi állapot szubjektív egészségérzetre gyakorolt hatását, ennek következtében meglehetősen nehézé teszik az egyes országok közötti összehasonlítást. Irodalmi adatok alapján jól ismert a vélt egészség kapcsolata a társadalmi helyzettel és számos objektív egészségi állapotmutatóval, valamint az egészségügyi szolgáltatások

igénybevételével (Bowling 1991). A kutatások egyik leggyakrabban előforduló egészségi állapot indikátora az „egészségi állapot önbecslése” (self-rated health =SRH). Korábbi eredmények szerint az SRH szoros kapcsolatot mutat az egyébként objektív morbiditási és mortalitási mutatókkal, így a tényleges egészségi állapot fontos jelzőszáma (Idler és mtsai 1997; Benjamins és mtsai 2004; Feith és mtsai 2005).

Mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban kevés az egészségügyi dolgozók testi és lelki állapotának összehasonlítása a nem egészségügyi dolgozókkal. Általában a munkastresszel, kiégéssel, egészségmagatartással kapcsolatban jelenik meg számos tanulmány, amelyek veszélyeztetett csoportnak minősítik az egészségügyi dolgozók körét, illetve bizonyos egészségügyi dolgozói csoportokat – orvosokat ápolókkal, vagy különböző szakmák képviselőit egymással – hasonlítottak össze az elmúlt években (Hegedűs és mtsai 2008; Györffy és mtsai 2006; Feith és mtsai 2005; Pálfiné és mtsai 2009).

Az egészségügyi dolgozók hivatásuk gyakorlása során modellként jelennek meg a betegek, a laikusok előtt, akik számára a viselkedésük, így az egészségükhöz való viszonyuk is példaértékű lehet (Molnár 2002). Az egészségügyi dolgozók egészségképe a hivatásra való felkészülésük folyamán formálódik, csiszolódik (Naidoo és mtsai 1999). Mindazonáltal az ápoló csak akkor lehet modell, ha a saját egészségéért mindent megtesz, megszünteti, vagy legalább is minimalizálja a kockázati tényezőket (Csatlós 2004). A kutatások viszont arra is rámutatnak, hogy a megfelelő ismeretszint, valamint a kockázati tényezők és a következmények ismerete nem feltétlenül gyakorol közvetlen befolyást az egészségmagatartásra (Molnár 2002). Számos hazai kutatás bizonyítja, hogy a magyar egészségügyi szakdolgozók túlterheltek, sőt a munkahelyi terhelés egyre fokozódik, ami szomatikus állapotromlással jár, és mindez egyértelműen megjelenik a saját egészségi állapot kedvezőtlenebb megítélésében. (Németh és mtsai 2009; Hegedűs és mtsai 2008). Anyagunkban az egészségi állapotukat szignifikánsan jobbnak ítélik az ausztrál ápolók, mint a magyar, a német ápolók és a laikus nők: a négyes skálán az ausztrál ápolók 3,35-ös értéket, míg a magyar ápolók 2,89-es -, a laikus nők 2,87-es -, a német ápolók 2,98-as értéket adtak. A laikusok körében a magasabb iskolai végzettségűek, a hajadonok, a házasságban és élettársi kapcsolatban élő nők több, mint 80%-a jónak ítéli az egészségi állapotát. Kisebb arányú a pozitív megítélés az elváltaknál, özvegyeknél, az általános iskolai végzettségűeknél és a szakmunkás

bizonyítvánnyal rendelkezőknél. A magyar mintát tekintve a Hungarostudy 2006 elnevezésű országos felmérésben is hasonló eredmények születtek (Hegedűs és mtsai 2008). Egyértelműen bizonyított, hogy Magyarország népességének évtizedek óta igen rossz az általános egészségi állapota. Az európai átlagnál kedvezőtlenebb állapot csak részben magyarázható az ország gazdasági helyzetével, és az egészségügyi ellátórendszer hibáival. A fő ok az, hogy a népesség életmódja lényegesen rosszabb az elvárhatónál (Gódcény 2007), ezért például a rendszeres fizikai aktivitásnak számos krónikus megbetegedés prevenciójában és intervenciójában is jelentős szerepe volna. Sőt, a rendszeres fizikai aktivitás jelentősen javítaná az életminőséget, továbbá a pszichoszociális jóllétet, és a stresszel való megküzdés képességét is (Gémes 2006). Az egészségi állapot megőrzéséért aktívan cselekszik az ápolói minta 56,6%-a, a laikus válaszadók 40,8%-a. Az ausztrál ápolók szignifikánsan többet tesznek az egészségi állapotukért, mint a magyar és német ápolók ($p < 0,05$). Zalaegerszeg és vonzáskörzetében a nők 57,9%-ban azt állították, hogy keveset vagy egyáltalán semmit nem tesznek az egészségük érdekében.

A magyar ápolók 62,7%-a, a laikus minta 58,7%-a elégedetlen azzal, amit az egészség fenntartása érdekében tettek, szemben a német és ausztráliai mintával, amelynek több, mint 60%-a elégedett.

Sem a teljes ápolói mintára, sem az ápolói csoportokra külön-külön vonatkoztatva nem találtunk szignifikáns kapcsolatot az egészségi állapot megítélése és fenntartása között, szemben a nem egészségügyi végzettséggel rendelkezőkkel ($p < 0,05$). A laikusoknál azonban szoros ok-okozati összefüggést találtunk a cselekedet és az elégedettség között. Megállapítható, hogy aki többet cselekszik az elégedettebb, aki kevesebbet az elégedetlen. A válaszadók nyilvánvalóan tisztában vannak a kérdés súlyával.

Egészségpszichológiai kutatások is bizonyítják, hogy az iskolázottság alapvetően alakítja az olyan lényeges pszichoszociális erőforrásokat, mint az életirányítási képesség (személyes kontroll az élet eseményei felett) és a társas támogatás. Ennek következtében a magasabb iskolai végzettségűek pszichoszociális erőforrásai gazdagabbak, és ez közvetlen elősegítő tényezője a jobb egészségi állapotunknak. A személyes kontroll tudata javítja az egészséget, elsősorban a megfelelő életmód révén. Magasabb kontroll szinten az emberek többet tudnak az egészségről, és tudatosabban cselekszenek annak megőrzéséért, tehát valószínűbb, hogy preventív tevékenységeket is

folytatnak (Ross és mtsai 1995; Füzesi és mtsai 2007). A diplomás nők 52,9%-a számolt be arról, hogy nagyon sokat tesz az egészségéért, ezzel szemben az általános végzettségű nők 14,3%-a semmit, illetve 58,9%-a keveset tesz érte. Az is megállapítható, hogy a magasabb iskolai végzettségű nők 1-3 éves intervallumot tekintve nőgyógyászati rákszűrésre is szignifikánsan nagyobb arányban jelentkeznek.

Mivel az egészségre – csakúgy, mint a betegségre – többféle meghatározás létezik, az egészségi állapotot sem lehet kizárólag a klinikai állapot alapján értelmezni. Olyan összetett, többdimenziójú jelenségről van ugyanis szó, amely magában foglalja az objektív, diagnosztizálható jeleken túl azok szubjektív értékelését is. Az ember szubjektív ítélete már csak azért sem hagyható figyelmen kívül, mert sokszor éppen ennek hatására születik meg a döntés, hogy orvoshoz fordul-e vagy sem, ami meghatározó lehet a későbbi egészségi állapot szempontjából (Belec és mtsai 2004). Az ellátást nyújtók egészségmagatartása számos ponton eltérhet az átlag népességtől, amelynek oka lehet az ellátás közelsége és/vagy a kapcsolatok közvetlensége (Pásztor 2006). A saját egészsége érdekében a háziorvosát az ápolók 37,6%-a kereste fel az elmúlt félévben, 26,1%-a 1 éven belül, 29,9%-a 2 éve vagy ennél régebben. Ebben a tekintetben szignifikáns különbség állapítható meg a három ápolói csoport között ($p < 0,05$). Mind a német, mind az ausztráliai csoport nagyobb hányada fordult meg egy éven belül a saját egészsége érdekében a családorvosánál, szemben a magyar ápolókkal. Azok a laikus nők, akik rossznak tartják az egészségi állapotukat, szignifikánsan nagyobb arányban találkoznak félévente a háziorvosukkal, mint azok, akik önmaguknak jó minősítést adtak. Akik viszont nagyon jó egészségi állapotúnak vélik magukat, szignifikánsan nagyobb arányban vesznek részt a szűrővizsgálaton, mert jobban odafigyelnek a saját egészségükre.

A nő életének fontos tényezője a menstruáció, amelynek periodicitása mélyen összefügg a női személyiséggel, elsősorban a nőiességgel, a nőies szerep elfogadásával, esetleg a későbbi anyasággal és az ezzel kapcsolatos érzésekkel, vágyakkal (Hárdi 1995). A menstruációs ciklus rendellenességeinek 10-20%-ában helyi szervi elváltozás és endokrinológiai megbetegedés sem igazolható. Régi tapasztalat, hogy a funkcionális vérzés zavarok valamennyi formája „pszichés” eredetű. A nemi teljesség korában kialakuló *hyperplasia glandularis cystica endometrii* 20-30%-ban, a juvenilis metropathia pedig még nagyobb arányban szintén pszichés megterhelő hatásokra vezethető vissza. Lelki

megrázkódtatások, pszichés traumák következtében két-háromszor gyakoribbak ezek a rendellenességek, mint nyugalmas időszakokban. A legjellegzetesebb pszichés háttérű cikluszavar az amenorrhoea. Félelmi szituációk, aggodalom, szorongás viszonylag gyakran vezetnek amenorrhoeához (Lampé és mtsai 1992). Meglepetéssel tapasztaltuk saját vizsgálati anyagunkban, hogy minden ötödik magyar ápoló és laikus nő családjában előfordult már nőgyógyászati gyulladás, menstruációs zavar, nőgyógyászati jóindulatú daganat, rosszindulatú daganat, vagy nőgyógyászati műtét.

9.3. A Nemzeti Program ismerete. A nyereményjáték és a média szerepe a szűrésen való részvétel fokozásában

A Magyar Köztársaság Kormánya a „21 lépés a magyar egészségügy megújításáért program” megfogalmazásakor (a 100 lépés program keretén belül került meghirdetésre 2005. májusában) a Nemzeti Rákellenes Programban azt tűzte ki célként, hogy jelentősen növeli a szűrővizsgálatokon való részvételt, amelynek révén több száz nő idő előtti halálát lehetne megakadályozni. Hazánkban a 2005. szeptemberében indult LILIOM program – a női egészség jegyében – elsősorban a szűrés kommunikációjára összpontosított. Így kívánta a kormány a tömegkommunikáció leghatékonyabb eszközeivel (óriásplakát, televíziós hirdetések, közszereplők megjelenései az elektronikus, az online és a nyomtatott sajtóban, televízió show műsorokban) felhívni a figyelmet a méhnyak szűrés fontosságára (Népegészségügyi Kormány megbízotti Iroda 2008). Elsődleges cél a mozgósítás volt, tehát az, hogy minél többen jelentkezzenek a szakrendeléseken ingyenesen elérhető vizsgálatra. A lehető legnagyobb részvételi arány elérése érdekében igénybe vették mind az országos, mind a helyi és regionális hatósugarú kommunikációs csatornákat, és az adott időszakban általában a tömegtájékoztatás igen gyakran foglalkozott egészségügyi problémákkal/kérdésekkel. A helyi sajtónak és a regionális televízióknak általában jó az együttműködése, egyeztetik a programjaikat, és töreksenek a tárgyilagosságra. Meg kell jegyezni azonban, hogy bevételeinek növelése végett (nézettségi index és az ezzel szorosan összefüggő eladható hirdetési idő) sokszor a szenzáció oldaláról közelítik meg az egészségügyet, és/vagy a napi politikát is bevonják a kommunikációba. A pontatlan vagy tudománytalan híreket sajnos ritkán követi gyors szakmai reagálás, ennek következtében viszont a média már nem érdekelt a szükséges helyreigazításban. Sok esetben nem működnek megfelelően azok a szakmai szűrők sem, amelyek gátat szabnának az egészségügyi ellátás egyes intézményeit vagy

szereplőit támadó, gyakran pontatlan tájékoztatásnak. Egyes műsorokban a „varázslók és táltosok” nem bizonyított terápiáinak bemutatásával úgy foglalkoznak, mintha azok tudományosan megalapozottak volnának. Ez sajnos gyakran félrevezeti a laikus nézőket (Hollán 2001).

Jelen vizsgálatunk visszaigazolta a helyesen alkalmazott kommunikációs eszközök sikerességét. A Nemzeti Program keretében megszervezésre kerülő méhnyakrák szűrésről a válaszadók 84,1%-a hallott már különböző televíziós és rádiós műsorok révén, illetve újságok olvasása kapcsán. A minta rétegzésével megállapítható, hogy jelentős arányban hallottak a Programról az özvegyek, az 50-59 évesek, a 40-49 éves korosztály, az aktív dolgozók, a diplomások és a jó egészségi állapottal rendelkezők. Ezzel szemben adatfelvételünk idején még nem szerzett tudomást a Programról a fiatal 15-19 éves nők 17,4%-a, az általános végzettségűek 16,4%-a és a hajadonok 12,7%-a.

A népesség egészségi állapotának javítását célzó Nemzeti Program megvalósításához a média kampányok mellett elengedhetetlen a jól képzett, egészségtudatos magatartást tanúsító egészségügyi dolgozók közreműködése. Eredményeink alapján megállapítható, hogy nagyon hiányos a tájékoztatás az egészségügyi szakemberek részéről. A Nemzeti Program keretén belül megszervezett méhnyak szűrésről a válaszadók mintegy egynegyede nőgyógyász szakorvostól, kevesebb mint 10%-a a háziorvosától értesült.

9.4. Nőgyógyászati szűrésen való részvétel

A citológiai vizsgálatra alapozott szűrővizsgálat – elméletileg – a méhnyakrák teljes eradikációját ígéri. Hazánkban a komplex nőgyógyászati vizsgálatot és kolposzkópiát alkalmazó szűrővizsgálatnak nagy hagyományai vannak, a több évtizedes erőfeszítések azonban nem tükröződnek a halálozási mutatókban: évente mintegy 500 asszony veszti életét méhnyakrák következtében. A Nemzeti Népegészségügyi Program csak a szervezett szűrés szakmai és szervezeti feltételeit hozta létre, azonban a 2003. szeptember végén megindult, személyes meghíváson alapuló szűrőprogram tapasztalatai a gyakorlatban kedvezőtlen képet mutattak (Kovács és mtsai 2008). Jelen kutatásunk ezt a kedvezőtlen képet nem igazolta. Cytológiai szűrésen életében legalább egyszer részt vett a válaszadók 85,5%-a. Különböző szempontok szerint rétegezve, a szakmunkás végzettségűek, a diplomával rendelkezők, a 30-59 év közöttiek és az aktív dolgozók több, mint 80%-a élete folyamán legalább egyszer már megjelent szűrésen, azonban a válaszadók 13.8%-a mindez ideig távolmaradt a nőgyógyászati rákszűréstől. Szocio-

demográfiai adatok alapján tovább elemezve megállapítható, hogy a 15-19 évesek 53,3%-a, az általános végzettségűek 31,5%-a, a hajadonok 34,8%-a és az aktív munkaviszonyon kívüliek 24,1%-a (nyugdíjas, tanuló, GYES/GYED) maradt távol a szűréstől. Akik életük folyamán legalább egyszer már voltak rákszűrésen, önbevallásuk szerint 69,4%-ban a Nemzeti Programban megfogalmazott, minimum 3 éves intervallumon belül jelentkeztek és 70,41%-ban évente, 21,06%-ban kétévente, 0,08%-ban 3 évente jelentkeztek. Sajnos, 7,7%-ban 3 évnél ritkábban jártak szűrésre, és csak 5%-ban állították azt, hogy a szűrésen való megjelenés gyakoriságát illetően a nőgyógyász szakorvos javaslatához kellene igazodni. Az elemzés során úgy is megnyugtató eredményeket kaptunk, ha a megjelenés gyakoriságát illetően a *három éves szűrési intervallumot állítottuk* a vizsgálat középpontjába. A 20-29, és a 40-49 éves korosztály több, mint 90%-a, a 30-39 éves korosztály 82%-a, a 15-19 éves korosztály 76,2%-a és az 50-59 évesek 72,7%-a figyel a szűrés rendszerességére. Magas megjelenési arányt tapasztaltunk a diplomás nők (86,1%) és az érettségivel rendelkezők (84,5%) körében is.

Az ápolók cytológiai szűrésen igen magas arányban (89,4%) jártak életükben legalább egy alkalommal. Szignifikáns különbség állapítható meg az egyes ápolói csoportok és a megjelenés gyakorisága között ($p < 0,05$). Az ausztráliai ápolók 99%-a, a magyar ápolók több, mint 90%-a jelent meg így szűrővizsgálaton. A német ápolók $\frac{1}{4}$ részénél nem történt cytológiai vizsgálat. Azok az ápolók, akik részt vettek már szűrésen: 50,9%-ban évente, 28,4%-ban kétévente, 5,8%-ban háromévente jelentkeztek. A magyar és német ápolók jelentős része évente, az ausztráliai minta több, mint 50%-a kétévente jelenik meg szűrővizsgálaton. Ez utóbbi magatartás egyébként megegyezik az ausztráliai Nemzeti Programban megfogalmazott kívánalmakkal.

A legelső nőgyógyászati vizsgálat jelentőségét sem lehet eléggé hangsúlyozni. Ez nem csak az orvosválasztást határozza meg, hanem egész életre szólóan a nő viszonyát is a nőgyógyászati ellátáshoz (Szeverényi és mtsai 1998). Az első szűrővizsgálat során szerzett tapasztalatok döntően befolyásolják azt, hogy az egyén elfogadja-e az ismételt meghívást és jelentkezik-e a soron következő szűrési alkalmakra (Horti és mtsai 2006). Az első nőgyógyászati vizsgálat átlagéletkora laikus nők körében 25,79 év, ami megfelel a Nemzeti Program keretén belül meghatározott célcsoport alsó korhatárának. Jelentős részük (71,9%) 30 éves kor alatt jelentkezett. Az ápolók megközelítően 3 év-

vel korábban, átlagosan 22,47 évesen mennek el először cytológiai szűrésre. Szignifikáns különbség tapasztalható ($p < 0,001$) az ápolói csoport tagjai között. A magyar és ausztráliai ápolók közül legtöbben 20-29 évesen jelennek meg az első citológiai vizsgálaton, szemben a német ápolókkal, akiknek 56,5%-a már 15-19 évesen jelentkezett.

9.5. Motiváció

9.5.1. A behívó levél szerepe a megjelenési arány növelésében

Elfogadott és egyben tapasztalati tény is, hogy csak a személyes meghívás-visszahívás alapján szervezett szűrőprogramok hatékonyak. Az OECD jelentése szerint Európán belül Finnországban (71,5%), az Egyesült Királyságban (69,8%) és Hollandiában (69,6%) magas a részvételi ráta. Ezekben az országokban minden nőt személyesen megkeresnek, hogy aktívan vegyen részt a szűrőprogramban (OECD 2007).

A méhnyakszűrés 2003-ban hazánkban is megújult a Nemzeti Program keretében. Szervezettebbé is vált, amennyiben a betegség szempontjából veszélyeztetett korú népességnek (25-65 év) meghívólevelet küldenek, és a vizsgálatot szakmailag indokolt gyakorisággal (háromévente) végzik. A meghívás kulcsszerepet játszik a részvételi arány növelésében. Ennek ellenére az elmúlt 3 évben csupán a nők 24,5%-a kapott meghívólevelet. Eredményeinkhez hasonlóan alacsony a kikézbcsített behívó levelek száma a MikroLEF felmérése szerint is. 2005-2007 között a felmérésben résztvevő kistérségek női célcsoportjának kevesebb, mint 30%-a kapott behívót (Aszód kistérség 29,7%, Csengőd mikrotérség 19,4%-a, Pannonhalma kistérség 29,9%, Szuhavölgye Szövetség 17,5%, Tiszavasvári kistérség, 19%, Tamási kistérség 26,8%,) (OSZMK 2007).

Felmérésünk során azt is ellenőriztük, hogy azok a nők, akik meghívó levelet kaptak, mennyire voltak motiváltak a részvételre. A levél hatására 18,8% vett részt a vizsgálaton, megnyugtató azonban, hogy 60%-uk egyébként is jelentkezett volna. Külön figyelmet érdemel a válaszadóknak az a 20%-a, akiket a meghívó levél sem ösztönzött a megjelenésre. Jóllehet, a vizsgálatban résztvevők közel háromnegyed része (73,6%) még soha semmilyen meghívó levelet nem kapott, mégis megnyugtató, hogy az elmúlt 3 évben ennek ellenére 64%-ban jelentek meg a szűrésen.

A meghívás önmagában is fontos pozitív vagy negatív szerephez juthat a résztvevők tapasztalatainak formálásában. Ez jelentős mértékben függ a meghívás módjától és a meghívó levél tartalmától, amelyet nem lehet egyszerű értesítésként kezelni, mivel nagyon fontos stratégiai szerepet is játszik. Informálnia kell a meghívottakat a méhnyakrák lé-

nyegéről, a szűrés céljáról, folyamatáról és hasznáról, a teszt érvényességéről, és végül röviden magyaráznia kell a lehetséges eredmények jelentését is. Mindezek mellett tartalmaznia kell a vizsgálat pontos helyszínét, időpontját, a vizsgálatot végző személyt, valamint a kontaktszemélyt is (Goldsmith és mtsai 2006; Döbrössy 2000). A levéllel kapcsolatos elvárások egyébként jelentősen megosztották a laikus csoport tagjait. Egy részük (44,6%) csak a legszükségesebb információkat igényelné, másik felük (45,9%) minden lehetséges információra igényt tartana, azonban a reklámszerűséget 57,7%-ban elutasították. Különböznek a formai követelményekkel szemben támasztott kívánalmak is. A csoport egyharmada igényes, nyomtatott változattal szeretne találkozni (33,9%), és a színes ábra/kép figyelemfelkeltő hatására is igényt tartana (38,6%), szemben a csoport másik harmadával, akik azzal is elégedettek volnának, ha a vizsgálatról szóló tájékoztatás ábra- és képmentes (30,9%), fénymásolt papíron (32,9%) történnék.

Az Egyesült Királyságban egy több nyelvre is lefordított kiadványt mellékelnek a behívólevél mellé, a szűrésről szóló információkkal. Az ismeretek közvetítése kérdés-felelet formájában történik és az alábbiakat tartalmazza: miért van szükség méhnyak szűrésre, és szüksége van-e minden nőnek a vizsgálatra. Feltétlenül ajánlják, hogy minden nő, akinek valaha volt szexuális kapcsolata, menjen el szűrésre. Azoknak a nőknek, akiknek nem volt ilyen kapcsolata, azt javasolják, hogy beszéljenek a családorvosukkal, aki a legjobban ismeri a körülményeiket. A brit lakosság 98%-a a családorvos közreműködése révén kerül regisztrálásra az NHS-nél. Szerke az országban, *Exeter* gyűjtőnévvel 100 különböző adatbázist hoztak létre. Az *Exeter* rendszer automatikus listákat ad azokról a 25-65 év közötti nőkről, akiknek esedékes a szűrés. Ezeket elküldik háziorvosok részére, hogy ők is ellenőrizzék. Az ellenőrzést követően történik a behívó levél révén a szűrésre való meghívás. Minden nőt meghívják a rákszűrésre, minden nőnek joga van a kenetvételhez is, ha akarja. Elmagyarázzák, hogyan működik az NHS program, mi történik a vizsgálat alkalmával. Javaslatot tesznek arra is, hogy például milyen ruhában jöjjön, ugyanis a megfelelő öltözék kényelmesebbé teheti a vizsgálatot. Elmagyarázzák, hogyan kaphatja meg az eredményt. Ezután azzal a kérdéssel is foglalkoznak, hogy mennyire megbízható a méhnyak szűrés. A szórólap végén egy összefoglalás található a szűrési vizsgálatok előnyeiről és korlátairól. A tájékoztatást nem csak postán küldik el, hanem a NHS honlapján is elhelyezték. Hazai körülményeink között is érdemes volna megfontolni azt

a javaslatunkat, hogy az eddigi elnevezés helyett „A női egészséget követő vizsgálat” kevésbé adna okot a félelemre.

Kutatási eredményeink szerint a nők 8,2%-a, az ápolók 9,2%-a gondolja úgy, hogy azért nem megy el rákszűrésre, mert a behívólevélen szereplő időpont nem megfelelő számára és túlságosan bonyolult az új időpont egyeztetése. Ezért feltehetően értelme lenne néhány héttel vagy hónappal később újra kiküldeni egy behívót azoknak, akik a megadott időpontban nem jelentek meg. Ezáltal csökkenthető volna a távolmaradás azoknak az esetében, akik nem érdektelenek, de a megadott időpontokban valamilyen ok miatt nem tudtak jelentkezni, később viszont „elfelejtették” a vizsgálatot.

9.5.2. A nyereményjáték

A Nemzeti Program új megoldásként, a szűrővizsgálatokon megjelentek között alkalmanként egy-egy – szponzori felajánlásból származó – nagyobb összegű nyereményt (személyautó, külföldi utazás) is kisorsoltak. Vizsgálatunk során feltételesen azt is elemeztük, hogy a „Liliom program” önmagában milyen mértékben volt sikeres, illetve esetleg csak a „millió” nyeremény győzte meg a nőket a szűrővizsgálaton való részvételről? Eredményeink szerint a nők többsége a nyereményjáték nélkül is kellően motivált és összesen 9 személy vallotta be, hogy elsősorban a játék kedvéért jelentkezett. Erre az adatra is tekintettel, meg kell jegyeznünk, hogy a nyereményjáték szerepe további átgondolást igényel. Tartózkodni kellene annak a látszatától, hogy a magyar nőket csak nyereményjátékkal lehet ösztönözni a szűrésen való részvételre. Szomorú képet festene egy ország mentálhigiénés állapotáról, ha az embereket saját egészségük védelmére csak ilyen módszerekkel lehetne ösztönözni.

A meggyőzési technikáknak talán még hatékonyabb módja lenne, ha olyanok hívnák fel a figyelmet a vizsgálat szükségességére, akiket az adott célcsoport személyesen ismer és akikben megbízik. E tekintetben kiemelt szerepe van a háziornosnak, amennyiben általában gondot visel az emberekre, és nem csak a konkrétan felmerülő problémákra keresi a megoldást. A jelenlegi rendszer a háziornosoktól csak a behívás alapjául szolgáló lakossági lista ellenőrzését és érvényesítését várja el, jóllehet szerepük az asszonyok mozgósításában, részvételre ösztönzésében kulcsfontosságú, és ezt a válaszok is igazolják. A megkérdezettek közül, akik rendszeres kapcsolatban állnak a háziornosukkal (1/2-1 éves időközzel) több, mint 80%-ban részt vesznek a szűrésen, 1-3 éves intervallumon belül. A családorvosok helyzetüknél és betegekhez fűződő személyes kapcsolatuknál

fogva mindenki másnál eredményesebben képesek szűrés előtti információkat adni és lélektani támogatást nyújtani, ha a páciensek elbizonytalanodnának, vagy szorongás és félelmek támadnak bennük. Mindezekre tekintettel, a családorvosoknak alig túlbecsülhető szerepe van a szűrés nemkívánatos mellékhatásainak mérsékelésében (Horti és mtsai 2006).

9.5.3. A szűrés megfelelő időpontjának megválasztása

Eredményeink alapján megállapítottuk, hogy a 20-49 évesek, a nőgyógyászati szűrésen évenként megjelenők, a szakmunkás bizonyítvánnyal/érettségivel/diplomával rendelkező nők kedvező magatartást tanúsítanak a szűrővizsgálatok időpontját illetően. Számukra a hosszú várakozás, a szabadidő feláldozása és a pontatlan beszólítás nem lehet indok a távolmaradásra. Ellenben az általános iskolai végzettségűek, a 15-19 évesek az 50-59 évesek és a szűréstől ezidáig távolmaradók egyfajta közömbös magatartást mutatnak.

A részvételt növeli az is, ha a szűrésen való megjelenésre egyszerűen lehet kölcsönösen megfelelő **időpontot találni**. Ezért a szűrőállomásoknak érdemes olyan időpontokat kijelölni, amelyek a munkaviszonyban álló emberek számára is lehetővé teszik a megjelenést (pl. esti időpontok), valamint előzetes időpont-egyeztetésre is módot kell adniuk (a várakozási időt ilyen esetekben minimálisra kell csökkenteni). Magyarországon ez a hozzáállás egyáltalán nem jellemző az egészségügyi szolgáltatásokra, és ezt részben a válaszok is alátámasztották.

Korábbi kutatásaink bizonyították, hogy a nők döntő többsége munkahelyi és családi kötelezettségei miatt nem jut el sem a nőgyógyász szakorvoshoz, sem az évenkénti rákszűrő vizsgálatra (Karamánné és mtsai 2005). Megoldásként szerepelhetne a Mozgó Szakorvosi Szolgálat tevékenységének kiterjesztése a nagyobb női létszámot foglalkoztató munkahelyekre. Ez a javaslat azonban megosztotta a válaszadókat. Egyharmaduk szívesen venné, ha a munkahelyén szűrővizsgálatot szerveznének. Másik egyharmad szerint a szűrővizsgálat helyszínének nincs jelentősége, viszont 1/3 rész határozottan állította, hogy zavarná a munkahelyén szervezett szűrővizsgálat. A magyar és ausztrál minta szignifikánsan nagyobb arányban fejezi ki a pozitív hozzáállást ($p < 0,05$). A német ápolók 54,8%-a gondolja úgy, hogy a helyszínnek nincs jelentősége.

9.5.4. Előadás iránti igény

Az egészségfejlesztés fő módszere az egészségnevelés, ami több mint az információk egyszerű átadása és befogadása. Nem elég tudni valamiről, hanem azt mindenkinek be kell építenie a saját életvezetésébe, így bizonyítható ugyanis, hogy a célcsoport nemcsak tudomásul vette a szabályokat, hanem alkalmazza is azokat. Az információkra épülhetnek a kívánt attitűdök, amelyek meghatározzák, hogy miként értékeli az illető a környezetét és annak hatásait az egészségére. Az attitűdök kialakítása után a kívánt egyéni magatartás rögzítése a cél. Ezt úgy kell alakítani, hogy az mindenben megfeleljen az egészséges életmód szabályainak. A megfelelő szemlélet kialakítása azonban nem állhat meg az elvárt magatartás elérésénél, ugyanis társadalmi szinten nem lehet elérni a kívánt változást, ha magára hagyjuk az egyéneket. Segítséggel az egészséges életmód szabályait is könnyebb betartani, sőt a már kialakult egészségtelen szokásokat is feladni. Ezért lesz a csúcsa az öntevékeny segítségre való készítés az egészségfejlesztés „háromszögének”. A leírtakból világosan kitűnik, hogy hatékony és következetes egészségnevelés nélkül egészséges életmódot és egészséget bárkitől is nehéz lenne elvárunk. Ha egészséges népeiséget akarunk, mindenkit egészségre kell nevelni, minden szinten és minden lehetőséget figyelembe véve (Simon 2003; Gáspár 2005).

A nők 67,5%-a igényelné a részvételt nőgyógyászati témakörben rendezett előadásokon. Ezt szignifikánsan nagyobb arányban igénylik a nagyközségben-, a községben élők, a rossz és a nagyon jó egészségi állapottal rendelkezők, továbbá azok, akik a szűréseken való megjelenést a nőgyógyászat javaslatai alapján időzítik, a szűrővizsgálaton évente megjelennek, a 20-29 évesek, a munkaviszonnal nem rendelkezők, akiknél vagy szűk környezetükben nőgyógyászati gyulladás, rosszindulatú daganat, és nőgyógyászati műtét fordult elő. A megkérdezettek nagy többségükben igényt tartanak a megelőző szűrővizsgálatokról szóló tájékoztatásra. Biztató, hogy a fiatalok szívesen vennének részt ilyen jellegű programokon, és a fogamzásgátlással, családtervezéssel, terhességgel kapcsolatos előadássorozatok mellett a szűrővizsgálatról és annak jelentőségéről is szeretnének többet megtudni. A 30-59 év közötti nők többsége szintén igényli a pontos és szakszerű tájékoztatást a megelőző vizsgálatokról, azonban kevésbé érdeklődnek a rosszindulatú daganatokkal kapcsolatos új ismeretek elsajátítása iránt.

Nagy hangsúlyt kell fektetni a rákmegelőzésben is a lakosság egészségnevelésére. A rákot kiváltó, vagy keletkezését elősegítő tényezők megismertetése az emberekkel, és

annak a tudatosítása, hogy ki-ki sokat tehet a rák kockázatának csökkentéséért, ezen a területen régóta és mindmáig talán a leghatásosabb módja az elsődleges megelőzésnek. Az „onkológiai éberség”-re nevelés, vagyis hogy mi a teendő az egyes betegségek gyanújeleinek és korai tüneteinek jelentkezésekor, mindmáig legjobb módja a kialakulóban lévő, vagy éppen kialakult rák idejében való felismerése, kezelése, és így a súlyosabb következmények megelőzése. Texasban (USA) Carmen Radecki és munkatársainak állítása szerint sok nő úgy megy el Pap-tesztre, hogy valójában nincsenek megfelelő ismeretei. Kutatásukban arra keresték a választ, hogy milyen a tényleges ismereti szintjük, és milyen speciális információkat igényelnek a méhnyak-szűrés kapcsán. Kérdőívükben 20 igaz és 20 hamis állítást helyeztek el a Pap-teszt céljáról, a méhnyakrák tüneteiről és a rendellenes tesztet követő vizsgálatokról. Az eredmények jelentős ismerethiányt igazoltak. Etnikai, és szocio-demográfiai adatok alapján további szignifikáns eltéréseket is tapasztaltak. A szűréssel kapcsolatban az alábbi információs igényeket fogalmazták meg: a Pap-teszt célja és jelentősége, időzítése, eredménye és prognózisa, az abnormális teszttel kapcsolatos tájékoztatás és a megelőzés. Emellett az orvos-beteg kommunikációt illető aggodalmak is felmerültek (Radecki és mtsai 2005). A megelőző ismeretekhez azonban nem csupán az egészség védelme és fejlesztése, hanem az egészségügyi szolgáltatások megfelelő használata, az orvoshoz fordulási kultúra, illetve a javasolt szűrővizsgálatokon való részvétel egészség-kulturális megalapozottsága is hozzátartozik (Pikó 2003). Tudatosítani kell minden nő számára a szűrővizsgálat menetét, lehetséges hasznát, korlátait, és az esetleges nem kívánatos mellékhatásokat, valamint főként azt, hogy a részvétel elmulasztása milyen kockázattal járhat. Hosszabb távon mindezt elengedhetetlen a felelős egészségmagatartásra alapozni. Kialakítását már a korai életszakaszban (iskolában) kell megkezdeni, az egészség megőrzésével kapcsolatos ismeretek bővítésével. Fontos lenne szülész-nőgyógyász szakorvosok/védőnők/szülésznők bevonásával és az édesanyák támogatásával a serdülő lányok számára a nőgyógyászati szakrendelő bemutatása, a vizsgálat eszközeinek és a kenetvétel folyamatának szemléltetése, biztosítva, hogy a fiatal lányok megismerjék a nőgyógyászati vizsgálat és a nőgyógyászati prevenció fontosságát, hogy a felnőtté válás folyamán tudatosan felelősséget vállalva mindent megtegyenek saját egészségi állapotuk megőrzéséért. Az egészségnevelő programokkal arra lehetne ösztönözni az érintett korosztályt, hogy rendszeresen járjanak rákszűrésre. A méhnyakrák elleni védőoltás-

programmal közös egészségfórum bizonyosan tovább növelné a vizsgálsorozat hatékonyságát. 2007 óta Magyarországon is rendelkezésre áll a méhnyakrák kialakulásáért felelős humán papillomavírus (HPV) elleni *védőoltás*. A védőoltás minden nőnek ajánlott korosztálytól és HPV státusztól függetlenül, az egyetlen feltétele a negatív citológiai lelet, mely az oltást megelőző egy éven belül készült. Az oltás a HPV négy típusa (6, 11, 16, 18) ellen ad védelmet. A méhnyakrák elleni védőoltás teljes oltási sora három adagból áll, az első és a harmadik adag között fél évnek kell eltelnie (0, 2 és 6 hónap). Hazánkban a védőoltások vénykötelesek, a TB nem támogatja (az egyes oltások ára megközelítőleg 30 000 forint). A védőoltást nőgyógyász szakorvos, háziorvos, házi gyermekorvos írhatja fel és adhatja be (Koiss 2008; Karamánné és mtsai 2009.b).

Az egészségügy minden területén fontos szerepet kell kapnia a folyamatos továbbképzéseknek. A megszerzett tudás egyaránt kell, hogy szolgálja a betegek érdekeit és az egészségügyi dolgozó szakmai előmenetelét. A folyamatos képzési lehetőséget szem előtt tartva a magyar ápolók szignifikánsan nagyobb arányban, több mint 3/4 részben vélik szükségesnek a nőgyógyászati témakörben tartott előadásokat. Kiemelt érdeklődési terület mind a magyar, mind a német kontrollcsoportnál a daganatok és a szűrővizsgálatok témaköre. Elenyésző viszont az igény a családtervezésről és a várandósságról szóló előadások iránt.

A Nemzeti Program akcióterve konkrétan nem nevesíti az ápoló szerepét, holott igen fontos szerepet kellene betölteniük a program céljainak megvalósításában, a népesség egészségi állapotának javításában. Az ápolónak az egészségügy minden területén lehetősége nyílik arra, hogy támogassa az egyént az egészségvédő és kockázatcsökkentő magatartásformák elfogadásában (Csatlós 2004).

Mata Zsuzsanna munkatársaival 2003-ban ápolónők körében végzett felméréssel megállapította, hogy a minta nem rendelkezett elegendő ismerettel a Nemzeti Programról, ami nyilvánvalóan hátráltatta azt, hogy abban aktív szerepet vállaljanak. Bár ezt a megfigyelést kutatásunk nem támasztotta alá, megállapítható, hogy az ápolónők kimondottan szakmai előadások révén, nagyon keveset hallottak a programról (Mata 2003). Érdemes azonban figyelembe venni, hogy akár az onkológiai, nőgyógyászati osztályon dolgozó ápolókat, közösségi ápolókat, felsőfokú végzettségű diplomás ápolókat mind aktív részvételre lehetne ösztönözni a program végrehajtásában, a feladataik konkrét meghatározása révén (Karamánné és mtsai 2008).

Következésképpen, az ápolónők körében is szükségesek a folyamatos továbbképzési programok. Fontosnak tartanánk, hogy az egészségügyi dolgozók – főként a szülész-nők, az onkológiai osztályok nődolgozói, és a diplomás ápolók, más osztályon dolgozó női kollégáinknak egészségvédő, egészségnevelő programot szervezhetnének. Kiemelten fontos a nőgyógyászati szűrővizsgálatok jelentőségének terjesztése, a legújabb rákkutatási eredményeknek, a lakosság egészségi állapotának, a statisztikai adatoknak az ismertetése, amelyek együttesen nagyon hatékony szerepet játszhatnak a prevenció gyakorlati megvalósításában (Karamánné és mtsai 2009.a).

Egy felmérésben megkérdezett ápolónők véleménye szerint a Nemzeti Program sikerességéhez az alábbi szempontokat kell érvényesíteni: a lakossági program részletes ismertetése, szemléletváltás, jól képzett szakemberek és ápolók továbbképzése, személyes példamutatás, egészségnevelő programok rendezése, cselekvési programok kidolgozása, szűrések és egészségnapok szervezése (Körtvélyesiné 2003).

9.5.5. Az egészségügyi személyzet (szülész-nőgyógyász szakorvos, háziorvos, védőnő) szerepe a méhnyakrák-szűrésben

Magyarország azt a hosszú távú célt tűzte ki maga elé, hogy a méhnyakszűrés rendszere – a nyugat-európai modellt követve – az alapellátásra alapozódjék, azaz a szűrővizsgálat az alapellátás személyzete által (háziorvos vagy védőnő) vett kenetvizsgálattal történjék (Döbrössy 2000). Kérdés azonban, hogy valóban nagyobb sikert lehetne elérni ezzel a megoldással a részvételi arányt illetően? Mi volna a nők véleménye arról, ha a kenetet a háziorvos venné le? Ezekre a kérdésekre meglepő válaszokat kaptunk. A teljes magyar mintában a hölgyek csupán 4% értett egyet ezzel a javaslattal. A családorvosi rendelőben történő kenetvétel mellett döntene a háziorvosuknál hetente megfordulók 18,8%-a, valamint az általános iskolai végzettségű nők és a magyar ápolók kevesebb, mint 10%-a (az arány a német ápolóknál is azonos volt). Az általános iskolai végzettségűek közel egy harmada, valamint a 15-19 éves lányok 18,1%-a és az 50-59 évesek 25,1%-a úgy gondolja, számára mindegy, hogy hol történik a vizsgálat.

Hazai szervezett méhnyak szűrésünk vizsgálati módszere csak részben követi a nemzetközi szakmai szervezetek által ajánlott protokollt. Szűrési eljárásunk a hazai hagyományokra épül, amely nem felel meg a nemzetközi gyakorlatnak, ugyanis a szűrést nőgyógyász szakorvosok végzik, komplex nőgyógyászati vizsgálat keretében. Ez a módszer nem költség-hatékony, mert a vizsgálat drágább mintha azt egy erre a

feladatra kiképzett szakasszisztens végezné. A nemzetközi szervezetek szakmai ajánlása és az európai országok gyakorlata szerint a mintavételt képzett asszisztensek végzik. A kenetet patológiai laborban értékelik és, ha ebben eltérés mutatkozik a negatív állapothoz képest, csak akkor kerül a beteg nőgyógyász szakorvoshoz. Ez az eljárás felel meg leginkább a szűréssel szemben támasztott gazdasági követelményeknek, amennyiben olcsó, gyors és hatékony a betegség felismerésében (Állami Számvevőszék 2008). Szakirodalmi adatok alapján az előszűrő asszisztensek hazai képzése már 1972-ben megkezdődött az Onkopathológiai Kutató Intézetben, és ennek hatására a női rosszindulatú daganatos halálozásban a méhnyakrák a második helyre lépett vissza (Bodó és mtsai 1992.b). Korábbi tanulmányok is alátámasztják, hogy szükség van a citológiai szakasszisztens képzés felújítására és a már szakképzettséggel rendelkezők továbbképzésére. A Nemzeti Népegészségügyi Program már évekkkel ezelőtt célul tűzte ki, hogy megteremti a korszerű, a szakterület mai állásának megfelelő, szervezett, lakossági méhnyakrák szűrés feltételeit.

Az ÁNTSZ – az Országos Onkológiai Intézettel együttműködve – Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogramot indított. Ennek során a feladatra szakmailag felkészített védőnő vesz kenetet a személyre szóló meghívólevéllel szűrővizsgálatra jelentkező 25-65 év közötti nőktől, majd azt a szövettani laboratóriumba továbbítja. A mintaprogram féléves előkészítő szakaszát követően 2009 januárja és májusa között 110 önként jelentkező, falvakat ellátó védőnőt vontak be a felkészítő programba. A Program megindítása előtt a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Országos Védőnői Tagozata arra hívta fel a figyelmet, hogy ennek az eljárásnak „jelenleg olyannyira hiányoznak a szakmai és tárgyi feltételei, hogy a védőnők ebben a helyzetben esetleg inkább veszélyeztetnék a kenetvételre jelentkező nők egészségét”. A Tagozat által a védőnők körében végzett országos felmérésnek az volt célja, hogy megismerjék véleményüket, a méhnyak szűrésben történő esetleges részvételük iránti hajlandóságukat, továbbá megvizsgálják, adottak-e a feltételek a szűréshez. Összefoglalva elmondható volt, hogy a megkérdezettek a kenetvételt egyértelműen orvosi kompetenciába tartozó feladatnak tekintik, amelynek védőnői elvégzéséhez jelenleg sem a szükséges szaktudás, sem a tárgyi feltételek, sem a finanszírozás nem biztosított. Másfelől azonban úgy vélekedtek, hogy a szűrés szervezésében történő részvétel védőnői feladat (is), amit jelenleg is végeznek, illetve amelyben – megfelelő

előkészítés estén – a jelenleginél nagyobb mértékben is szívesen részt vennének. A felmérés eredményei arra is rámutattak, hogy a hatályos jogszabályi feltételek alapján a védőnő kizárólag a minta levételéért és a kenetkészítésért mint technikai eljárási módért felelhet. Tehát, amennyiben a védőnő szabályosan jár el, minden kenetvételre jelentkezőt szakorvoshoz irányít, a kompetenciájába nem tartozó, de a nőgyógyászati szűrővizsgálat elengedhetetlen részét képező vizsgálatok elvégzésére. Ellenkező esetben a védőnő súlyosan veszélyeztetné a kizárólag onkocytologiai mintavételre megjelenők egészségét (MESZK 2006). E felmérés tanulmányozása kapcsán jogosan tehetjük fel azt a kérdést, hogy amennyiben a főiskolai végzettségű szakember sem bízik önmagában, illetve kollégáiban a szakmai illetékesség tekintetében, sőt – amint az megtörtént – ezt a MESZK Internetes honlapján még nyilvánosságra is hozza, akkor hogyan várhatnánk el azt, hogy egy laikus megbízzon a védőnőben?

Jelen kutatásunkban a résztvevőknek két kérdést tettünk fel a szűrés és a szakdolgozói személyzet kapcsolatáról. Mindösszesen 4%-ban vélték úgy, hogy ha a jövőben nem *csak nőgyógyász, hanem asszisztense is végezheti a szűrést, abban jobban bízna*. Kevesebb, mint ¼ részben úgy nyilatkoztak, hogy számukra mindegy, ki végzi el a cytologiai vizsgálatot. A kapcsolatokat feltárva elmondhatjuk, hogy a vizsgálatot végző egészségügyi dolgozó személye közömbös a nagyközségben élők 34,2%-nak, az 50-59 évesek 22,7%-nak, és 20%-ban azoknak, akik semmit sem tesznek az egészségi állapotuk érdekében. A nagyvárosban lakók, a falun élők, a 30-39 éves nők több, mint 80%-a azonban bizalmatlan az asszisztenssel szemben. Szakirodalmi adatok alapján pozitív példaként kell megemlíteni Ausztrália Queensland tagállamát. Egy kérdőíves felmérésben a megkérdezett ausztráliai nők a Papanicolaou-szűrést végző regisztrált ápolókkal szemben pozitív hozzáállásról tettek tanúbizonyságot. Csupán a válaszadók 25%-a kérdőjelezte meg szakmai kompetenciájukat (Christie és mtsai 2005). Sajnálatos módon a vizsgálatunkban résztvevő magyar nők többsége nagy arányban bizalmatlan. Ha választani lehetne, hogy ki végezze el a cytologiai szűrést, orvos vagy ápoló/védőnő, a csoport fele egyértelműen továbbra is a szakorvos mellett döntene, 2/5 részének viszont mindegy, hogy a vizsgálatot mely egészségügyi végzettséggel rendelkező személy végzi. Kiemelkedően magas volt az elutasítási arány az ápolókkal/védőnőkkel szemben a családi állapot, a település típus és a korcsoport szerinti feloszlás tekintetében. Az ápolók több, mint felét (52,8%) zavarná, ha a *vizsgálatot ápoló vagy védőnő*

végezné. Szignifikáns eltéréseket tapasztalunk ebben a kérdésben is a minta egyes alcsoportjai között, amennyiben a magyar és német ápolók elutasítása nagyobb mértékű volt, mint az ausztráliai csoporté. Említésre méltó azonban, hogy a magyar és német minta 1/3 részének közömbös, hogy a vizsgálatot orvos, ápoló vagy védőnő végzi.

Az egészségügyi hivatások gyakorlásához, a szakmai képességek megszerzésén túl olyan meghatározott személyiségjegyek szükségesek, mint például a humánus, a tolerancia, az empátia, a figyelem, a figyelmisség, az érdeklődés, a jó kommunikációs képesség, a bizalomkeltő megjelenés és az egészséges életmód (Kardos és mtsai 1997). Az élet tisztelete megkívánja, hogy sohasem ártsunk a betegnek (*nil nocere*), vele jót és igazat tegyünk (jótékonyosság és igazságosság). Az élet és az emberi méltóság tiszteletének elve megköveteli, hogy az orvos és az egészségügyi személyzet a beteg embert ne pusztán biológiai lényként, hanem egész emberként, egyszeri és megismételhetetlen személyiségként szemlélje és kezelje. Az élet és személyiség tisztelete megkívánja, hogy az orvos (az egészségügyi személyzettel együtt) nyitott legyen a beteggel, sőt a társadalommal szemben (Széll 1995).

Papp Zoltán a szülészet-nőgyógyászat egyetemi tankönyvében fogalmazza meg, hogy a jó szülész-nőgyógyásznak mint gyógyító orvosnak mely kritériumoknak kell megfelelnie. Ezek a következők: az orvos elsősorban tisztességes legyen, feleljen meg azon emberi elvárásoknak, amelyek képessé teszik őt arra, hogy a beteg bizalmával kitüntesse. Szakmailag felkészültnek kell lennie és szorgalmasan „életfogytiglan” kell tanulnia. Legyen türelmes, de ugyanakkor nem szabad késlekednie, ha beavatkozásával életet menthet. Az orvos számára a beteg szolgálata és gyógyítása legyen a legfőbb törvény (Papp 1999).

Az orvos-beteg viszony különleges formája a szülész-nőgyógyász és a nőbeteg kapcsolata. A nőgyógyászati vizsgálat különösen intim és bizonyos értelemben invazív jellegű, ami behatolást jelent a nő „privát szférájába”. A megkérdezett nők 53,1%-a várja el a bizalmas légkör kialakítását, ami teljesen érthető a fentiek alapján. A barátságos légkör, a kulturált megjelenés és viselkedés, a környezetre előnyösen ható határozott és megnyugtató orvosi fellépés elengedhetetlen a szűrővizsgálatok során. Alapvető követelmény az empátia és a partnerkapcsolatokban az egyenjogúságra való törekvés. Az orvosok és ápolók munkájának egyes aspektusaira vonatkozó vélemények szorosan összefüggenek a személyzet általános megítélésével, illetve az általános

elégedettséggel. A korszerű etikának az az alapelve, hogy az orvos és a beteg között nincs (és nem is lehet) alá- és fölérendeltségi, még kevésbé atyáskodó (paternalisztikus) viszony. Az egyenrangúság feltételezi, hogy az orvos és a beteg így is kezeli egymást, autonómiájukat kölcsönösen elismerik, és megadják az egymásnak kijáró tiszteletet. Felhőtlen kapcsolatuk előfeltétele a bizalom és az őszinteség. A tájékoztatás általános elve alapján az orvosnak még a szűrővizsgálatok alkalmával is kötelessége, hogy a szűrőbetegségről és a vizsgált személyek egészségi állapotáról kellően őszinte és részletes tájékoztatást nyújtson (Széll 1995). Az Egészségügyi Törvényben a tájékoztatás, mint jog és kötelezettség is megjelenik. (Ami az egyik oldalon jog, az a másik oldalon, vagyis az orvos oldalán, kötelezettség). A betegnek joga van ahhoz, hogy egyéniesített formában részletes tájékoztatást kapjon az egészségi állapotát érintő kérdésekben. Az orvos tájékoztatási kötelezettsége azzal a korláttal érvényesül, hogy a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint adjon tájékoztatást a beteg egészségi állapotáról (Kismarton 2005). Kérdőívünkéből kiderült, hogy az emberek az orvostól őszinte tájékoztatást várnak, sőt még a kíméletlen őszinteséget is elfogadja a nők 58,4%-a, és csak 4,6%-a tart a problémákkal való direkt szembenézésről.

Korunk és társadalmunk sajátos jelensége az egészségügyi ellátásban a hálapénz. A kliensek 59,2%-a kategorikusan elutasítja a szűrővizsgálatot végző szakemberek esetleges ez irányú elvárásait. A szűrővizsgálatok légkörét jelentősen meghatározza az egészségügyi dolgozóknak a megjelentek problémái iránt tanúsított érdeklődése. A vizsgált nők 52,4%-a elvárja az objektív megközelítést, de ez nem párosulhat felszínes munkavégzéssel, így 64,3%-ban tartják szükségesnek a kifejezetten precíz ellátást.

A hangulati stabilitás a megjelentek 42,7%-a számára fontos, 51,2%-uk inkább vidám, jókedvű orvossal szeretne találkozni. Erre magyarázatoként az a feltevés szolgálhat, amely szerint egy ilyen szituációban a fenti magatartás a feszültség oldását szolgálhatja. Itt kell kiemelni, hogy a gyermek-nőgyógyászati rendelést végző orvosok esetében is elengedhetetlen feltétel az empatikus viselkedés, a félelmet csökkentő magatartás, a kíméletes fizikális vizsgálat, a türelmes meghallgatás, a pontos magyarázat és az érthetően megfogalmazott tanácsok (Szeverényi 2006).

Az ápolói munka szakma és hivatás is egyben. Nagyon fontos a szaktudás, de önmagában nem elegendő a beteg sikeres gyógyulásához, sőt a különböző egészségügyi beavatkozások során néha nagyobb jelentőséggel bír az ápoló attitűdje, magatartása,

beteg iránti szeretete. Éppen ezért tartottuk fontosnak, hogy az ápolóval szembeni elvárásokat is felmérjük, ami a jó szűrővizsgálat légkörét befolyásolhatja (Csóka 2000). A nőgyógyász szakorvosokhoz hasonlóan az ápolónak is rendelkeznie kell mindazon tulajdonságokkal – józan ítélőképesség, empátia, megértés, jóakarát és türelem, megfelelő külső megjelenés és kulturált viselkedés – amelyek egy jó szűrővizsgálat megfelelő légkörét biztosítják.

9.6. A távolmaradás okai

Mintegy két millió személynek küldtek meghívólevelet 2003 és 2006. szeptemberében, a szűrővizsgálaton azonban 110.051 nő, vagyis országos átlagban a meghívottak csak alig több, mint 5,2%-a jelent meg. A megjelenés megyénként és idősorosán is jelentős (1,49-20,13%) szóródást mutatott (Boncz és mtsai 2007.a.; Boncz és mtsai 2007.b.).

Az alacsony részvételi arány oka nemcsak egészségpolitikai és szervezéstechnikai területen keresendő, hanem a probléma pszichés oldalát is érdemes vizsgálat tárgyává tenni. A legtöbb ember számára az orvosi rendelő nem az a hely, ahol feszültségmentesen, elengedetten lehetne viselkedni. Az emberek eleve bizonyos félelmekkel érkeznek a rendelésre, ahol sokszor zsúfolt váróhelységet, szorongó betegtársakat találnak. Igen gyakori, hogy az orvosnak kevés az ideje egy-egy betegre, fáradt, siet és kevésbé tud figyelni. Kétségtelenül nem minden esetben ez a helyzet, de mindenképp figyelembe kell venni, hogy az orvosi rendelő mint közeg, természetéből eredően is szorongáskeltő lehet a beteg számára (Csabai és mtsai 1999). A nőgyógyászati rendelésen jelentkező nők szorongása több forrásból származhat. Maga a vizsgálat is szorongást válthat ki, ami leginkább az első vizsgálatra jellemző (Ágoston 2006).

A szűrés pszichoszociális, vagyis személyes, lélektani tapasztalása az a gazdaságilag nem kifejezhető „ár”, amit a résztvevő „fizet”. Ez több figyelmet érdemel, mert a szűrés egy olyan beavatkozás, amelyet a szolgáltatók kezdeményeznek, nem pedig a beteg tüneteinek vagy panaszai miatt kerül rá sor. Az ún. szervezett, tehát személyre szóló meghívásos és követéses rendszerű lakossági szűrés esetében nem a beteg fordul orvoshoz a létező panaszai miatt, hanem a preventív orvoslás fordul a lakosság felé és – legalább is szociológiai értelemben – beteggé tehet egészséges, vagy magukat egészségesnek vélő embereket. Ezzel minden szűrést végző szakembernek tisztában kell lennie, és mindent meg kell tennie annak érdekében, hogy csökkentse a résztvevők által elszenvedett, lélektani értelemben vett negatív élményeket és tapasztalatokat. Ez nemcsak etikai, em-

berbaráti, hanem gyakorlati szempontból is fontos, mert befolyásolja a szűrésen való részvételt, a szűrőprogram hosszú távú eredményességét és hatékonyságát, sőt költség-hatékonyságát is. Nem egyszeri beavatkozásról van szó az egyén életében, hanem bizonyos időközönként rendszeresen ismétlődő eseményről (Horti és Riskó 2006).

A **ráktól és a velejáráó következményektől való félelem** a szorongás fő forrása azoknak a nőknek a körében, akik részt vesznek a méhnyakszűrésen. Ez a szorongás lényegében megalapozatlan, mert a szűrési programok nem a rák kimutatását tűzik ki célul, hanem a biológiai kockázati tényezőket vizsgálják, pl. enyhe vagy előrehaladott diszpláziát, vagy carcinoma in situ-t, amelyek még nem” fatális betegségek”, azonban észlelés és kezelés híján végül kétségtelenül rákká alakulhatnak. A vizsgálatról való félelem miatt a laikus válaszadók kevesebb, mint egynegyede marad távol. Statisztikai elemzésük alapján nagyobb arányú félelemről számolt be az 50-59 éves korosztály (16,4%), továbbá azok, akinek nagyon rossz az egészségi állapota (42,1%), akik semmit sem tesznek a saját egészségük érdekében (21,7%), akik nőgyógyászati szűrővizsgálatra 3 évnél ritkábban járnak (15,6%), és akik nem privát nőgyógyász szakorvoshoz járnak (15%). Az ápolói minta közel 90%-a nem riad vissza a szűrővizsgálattól és a félelem csupán 9,2%-ukat tartja távol.

A szégyenérzet⁶ olyan, kellemetlen érzés uralta érzelmi reakció, amelyet vegetatív jelenségek (elpirulás, szívdobogás, reszketés) kísérhetnek, és amelyet valamilyen társadalmi kontextus határoz meg: például más személyek behatolása saját intimszféránkba, amelyet az érintett személyek a kisebbségi érzés egy formájaként érzékelnek (Buser és mtsai 1998). A nőgyógyászati vizsgálat - a sokféle technikai, műszeres lehetőség ellenére – változatlanul bizalmat, a négy szemközti helyzet diszkrécióját, intimitását igényli. A tapintat és az óvatosság már a vizsgálószobába lépéssel kezdődik és kezdettől fogva ügyelni kell a szeméremre. A beteg látszólagos közvetlensége és mimika nélküli kollaborációja ellenére is erőteljesen működnek a szemérem okozta gátlások. Igaz a fordítottja is: pirulás, a szégyenkezés álarcát magára öltő nőbeteg számára nemegyszer mindez csak formáság. Bármelyikről legyen is szó, a tapintat egyaránt kötelező (Hárdi 1995). A vizsgált nők egynegyedének sérti az **intimszféráját** a kenetvétel, a vizsgálat szégyenérzetet kelt bennük, méltóság-

⁶ Magyar nyelven a „szemérem” szó ösztönszerű tartózkodás minden olyan szótól, tettetől, ill. szégyenkezés minden olyan szó, tett miatt, amely az erkölcsbe, szokásba, illembe ütközik, ill. amelyet az ember ilyenek vél. A német *Schamgefühl* (=szégyenérzet) például öfelnémet nyelven a „scama”, azaz „Scham” szóra vezethető vissza, ami nemi szervet jelentett (A Magyar Tudományos Akadémia Nyelvtudományi Intézete 1992).

rombolóknak érzik. A szegénylősség kifejezettebb az özvegyeknél (25,6%), hajadonoknál (25,3%), általános iskolai végzettségűeknél (28,6%), 15-19 éveseknél (37,9%) és a munkaviszonnyal nem rendelkezők körében (24,2%). Az ápolók 13,5%-a számol be a szűrővizsgálat során *szégyenérzetről*. Minden ötödik magyar ápoló szégyelli magát a szűrővizsgálaton, a kontroll csoportoknál ez az arány jóval kisebb. Döbrössy Bence kutatása szerint ez a reakció a vizsgálatok velejárója csakúgy, mint a másik oldalon a tárgyiasítás és személytelenítés, amely az orvosok védekező mechanizmusaként jelentkezik. Ami azonban az orvos problémájának megoldását jelenti, az a páciensek körében árt a szűrés társadalmi elfogadottságának (Döbrössy B és mtsai 2007).

A vizsgálatban résztvevő nők egynegyede **kellemetlenek, fájdalmasnak** tapasztalja meg a kenetvételt. Szignifikánsan nagyobb százalékban számolnak be a nőgyógyászati vizsgálat kellemetlenségéről a megkérdezett hajadonok (38%), az özvegyek (35%), a kisvárosban (34,2%) valamint a nagyközségben élők (47%), azok, akik semmit nem tesznek az egészségi állapotukért (46,7%), az általános iskolai végzettségűek (41,1%), a 15-19 évesek (52,2%) és a 20-29 éves korosztály (35,2%) ($p < 0,005$). A nőgyógyászati vizsgálat kellemetlenségéről az ápolók közel 2/5 része számol be. Az ausztráliai ápolók közel 60%-a jelenti ki, hogy a nőgyógyászati vizsgálat nagyon kellemetlen. Magyar és német ápolóknál ez az arány lényegesen kisebb. Hasonló eredmény született 2005-ben Sirovich kutatásában, amelyet amerikai nők körében végzett és amelyben a minta 30%-a ítélte nagyon kellemetlennek az eljárást (Sirovich és mtsai 2005). Bár bizonyos fokú kellemetlenség, enyhe fájdalom elkerülhetetlen, kellő figyelmességgel jelentősen enyhíteni, javítani lehetne a helyzetet, hiszen a fájdalom szubjektíven értékelt és megtapasztalt jelenség. A fájdalomérzetet az aggodalom és az izgalom szintje is befolyásolja. A megfelelő informáltság a vizsgálat menetéről jelentősen csökkentheti az aggodalmat, és a fájdalmat is enyhíti (Döbrössy 2000).

A szűréseken való részvételt a **személyes költségek** erőteljesen befolyásolják. A kiadások között nem csak a szűrésért közvetlenül fizetendő pénzt kell figyelembe venni (a szűrés Magyarországon ingyenes a megjelentek számára, a magánorvostudományban végzett méhnyakrákszűrés esetében pedig a vizitdíjjal együtt a páciensek a vizsgálat keretében erre fordított **időt** és fáradságot is megfizetik) (Nagymajtényi 2007). Szabadidejét a szűrővizsgálat céljából mindösszesen 3,2% nem áldozza fel. A szabadidejét sajnálva marad el a hajadonok 7,1%-a, az egészségükért semmit nem tevők 11,4%-a, az általános

iskolai végzettségűek 9,1%-a, a 15-19 évesek 10,6%-a. Az ápolók nagy arányban (ausztráliai ápolók 90,3%-a, a magyar minta 82,9%-a, a német minta 81,7%-a) állítják, hogy a szabadidő terhére is elmennek a szűrésre. A teljes minta több, mint egyötöde, az ápolói minta egynegyede és az ausztráliai minta 36,3%-a csatlakozik ahhoz a véleményhez, miszerint a nőknek családi-, munkahelyi kötelezettségeik miatt nincs ideje az egészségükkel foglalkozni. A laikus nők 44%-a, a magyar ápolók 38,5%-a, a német minta 30,5%-a ellenben azt vallja, hogy az egészség megóvását nem lehet az időtől függővé tenni.

A szűrési folyamatnak másik sajátos elemét a **bizonytalansági periódusok** adják. Ide tartozik a várakozási időszak a meghívás és a vizsgálat ideje között, várakozás a vizsgálatra, a vizsgálat eredményére és a megismételt vizsgálat idejére (Döbrössy B és mtsai 2007). Viszonylag nagy arányban maradnak távol a nők a pontatlan beszólítás miatt is. Ez a hajadonokra (16,9%), az elváltakra (17,6%), az özvegyekre (18,4%), a nagy községben élőkre (27%), a rossz egészségi állapottal rendelkezőkre (18,6%), és a 15-19 éves fiatal lányokra (23,4%) jellemző. Az ausztráliai ápolók 52,4%-ának a meglátása szerint is a várakoztatás tántoríthatja el a nőket a megjelenéstől. A magyar ápolók 37,1%-a, a német ápolók 20%-a ért egyet ezzel a megállapítással.

9.7. Privát szakorvos szerepe a szűrővizsgálatokban

Közfinanszírozási fedezettel nőgyógyászati szűrőtevékenység csak olyan szakrendelésen végezhető, amelynek szerződése van az OEP-pel és a Nőgyógyászati Szakmai Kollégium szerint alkalmas e tevékenység ellátására. Ez egyben azt is jelenti, hogy a magánpiaci keresletet kiszolgáló nőgyógyászok nem vehetnek részt a rendszerben. Tény ugyanis, hogy miközben a rákszűrési behívók alapján vezetett statisztikák szerint alacsony a 25 - 65 év közötti korosztály átszűrtsége, a valós arány ennél lényegesen magasabb (Kovács és mtsai 2007.b). Kenetvételek gyakorlatilag valamennyi járóbeteg-ellátást végző intézetben lehetőség van. A női lakosság jelentős része azonban nem a szervezett szűrésen jelentkezik, hanem magánrendelésen keresi fel a saját orvosát. Az itt végzett vizsgálatok és vizsgálati eredmények azonban nem kerülnek rögzítésre sem az OEP, sem az ÁNTSZ rendszerében, mivel sem a nőgyógyásznak, sem az általa foglalkoztatott patológusnak nincs jogszabályi kötelezettsége, és érdekeltsége sem, a megjelenés, illetve a vizsgálati eredmény jelentésében. A magánrendelésen végzett vizsgálatok jelentési kötelezettségének hiánya okozza, hogy az úgynevezett hivata-

los átszűrési adatok validitása erőteljesen kétséges (Állami Számvevőszék 2008). Nagyságrendileg is jelentős ez a probléma, ugyanis a megkérdezett nők, több mint fele privát nőgyógyász szakorvossal áll rendszeres kapcsolatban. Ilyen szakorvost választanak nagyobb hányadukban a partner kapcsolatban élők, a nagyvárosban élők, a 30-39 és a 40-49 éves korosztály, az aktív dolgozók, azok akik „nagyon sokat” tesznek az egészségükért, és akik kiskorú gyermeket nevelnek. A megkérdezett ápolók közel fele (47,5%) ugyancsak a privát nőgyógyász szakorvost részesíti előnyben. Pearson Chi-négyzet próbával szoros kapcsolat tapasztalható, mind a magyar (72,7%), mind a német ápolóknál (85,7%), szemben az ausztráliai nővérekkel (24,5%).

Nem a magánorvosi ellátást veszik igénybe a nagyközségben élők (31,6%), azok akik „keveset tesznek” az egészségükért (48,9%), és azok a nők, akik feltételezéseink szerint életkori és családi állapotukra tekintve úgy érzik még nincs szükségük erre, mert még nem szeretnék gyermeket szülni (15-19 évesek és a hajadonok), vagy már kiléptek a szülőképes korból, mint például az özvegyek (51,2%). Továbbá a vizsgálatunk azt is igazolta, hogy akik választott/privát nőgyógyász szakorvossal rendelkeznek, szignifikánsan nagyobb arányban jelennek meg évente a szűrővizsgálaton.

Nagy arányban (58,7%) nem tulajdonítanak jelentőséget a magánorvossal rendelkező nők annak, hogy férfi vagy női szakorvost választottak. Megközelítően azonban minden harmadik hölgy szándékosan férfi nőgyógyászt választ. Vannak olyan páciensek, akik számára fontos tényező a gyengédség, az egyenrangúság és az empátia. Ők gyakran úgy gondolják, hogy ezek az elvárások egy női orvosnál inkább teljesülnek. Azt lehet tapasztalni, hogy az orvosnők elfogadottsága emelkedő tendenciát mutat mind a laikusok, mind a szakemberek körében (Szeverényi 1998), ennek ellenére azonban a válaszadóknak csak 3,4%-a választ női szakorvost⁷. A felelősségvállalás és a döntés az orvosi hivatás állandó kísérője. Minden döntés csak akkor lehet adekvát, minden felelősségvállalás csak akkor lehet reális, ha megalapozott tudásra és a betegről szerzett mély ismeretekre támaszkodik. Az elmélyülés, az alaposág és a pontosság az emberi sorsokat és életüket befolyásoló orvosi döntés legfontosabb alapfeltétele (Popper 1983). Az orvos választásánál is igazolódott, mind a laikusok, mind az ápolók körében, hogy az orvos rendelkezék magas szakmai szintű tudással és adjon lehetőséget a nőgyógyászati probléma alapos megbeszélésére. Elenyésző azok száma, akiknek csak

⁷ Meg kell jegyeznünk, hogy tudomásunk szerint Zalaegerszegen a Megyei Kórházban nem dolgozik női nőgyógyász szakorvos, ami az orvos nemének megválasztására adott válaszokat szükségszerűen befolyásolta.

önmagában az a fontos, hogy a vizsgálat magánúton történjék, és akik csak a tehetőségük okán választanak privát nőgyógyászt. A választott orvossal nem rendelkezők körében viszont megállapítható, hogy ezt a körülményt 29%-ban anyagi okokra hivatkozva magyarázzák, jelentős részük még ahhoz sem ragaszkodik, hogy mindig ugyanaz a szakorvos vizsgálja, sőt 17%-ban az sem érdekli őket, hogy ki végzi el a vizsgálatot.

9.8. A vizsgálat erősségei és korlátai

A disszertáció egy 2007-2008 között készült kvantitatív egészségtudományi vizsgálat eredményeit összegzi. A vizsgálat erősségeit és korlátait az alábbiakban foglalhatjuk össze:

1. Tudomásunk szerint sem hazánkban, sem Zala megyében mindeddig nem történt olyan átfogó vizsgálat, amely a szűréssel szembeni motivációt és távolmaradás okait vizsgálta volna, mind laikus, mind egészségügyi dolgozók körében. Kutatásunk ilyen értelemben hiánypótló jellegű.
2. Kérdőívünk részletes feltáró, leíró kérdéseket tartalmazott, amelyek segítségével globális képet kaptunk a Zala megyében élő nők szűrővizsgálattal szembeni attitűdjéről.
3. Vizsgálatunkkal ugyan jól megjeleníthetők az egyes változók közötti kapcsolatok, de a felvétel keresztmetszeti jellege nem adott lehetőséget az ok-okozati viszonyok kimutatására.
4. A kutatás során alkalmazott önkitöltős kérdőív megfelelő eszköznek bizonyult, a válaszadási arány optimális volt, de nem tudjuk teljesen kizárni azokat a torzító hatásokat, amelyeket a nem válaszolók okozhattak.
5. A külföldi minta kiválasztásánál korlátozottak voltak a lehetőségeink (alacsony esetszám, eltérő egészségügyi intézetek), ezért eredményeinkből messzemenő következtetést nem lehet levonni, de alapul szolgálhatnak a további vizsgálatokhoz.

9.9. Hipotézisek és eredmények

- 1. A szűrés lehetőségét igénybe vevő és igénybe nem vevő részpopulációk szignifikánsan különböznek a főbb szocio-demográfiai mutatók szerint.**

Hipotézisünk valóságtartalmát a felmérés adatai egyértelműen igazolták.

- 2. A diplomával és érettségi bizonyítvánnyal rendelkezők nők kedvezőbb motívációs magatartással rendelkeznek, mint az alacsonyabb iskolai végzettségűek.**

A második számú feltételezés –az egyutas varianciaanalízis eredményei alapján – részben igazolódott.

- 3. A 30-49 éves korosztálynak szignifikánsan kedvezőtlenebb a hozzáállása a méhnyakszűréssel és az azt befolyásoló motívációs tényezőkkel szemben, mind a fiatalabb, mind az idősebb korosztályhoz képest.**

Hipotézisünk az egyutas varianciaanalízis során nyert adatok alapján csak részben igazolódott.

- 4. Egyes családi háttértényezők (családi állapot, több gyermek) negatívan befolyásolják a szűrésen való részvételt.**

A családban a kiskorú gyermek jelenléte miatt egyik változó vizsgálatánál sem találtunk szignifikáns eltérést. Összehasonlítva a családi állapot attribútumait, megállapítható, hogy a házasok kedvezőbb, a hajadonok és az özvegyek esetében kedvezőtlenebb mutatókat kaptunk. Ezáltal a negyedik hipotézisünket részben elvetettük.

- 5. A szűrendő célcsoportból számosan privát szakorvossal rendelkeznek, és szignifikánsan gyakrabban jelennek meg a szűrésen.**

Privát nőgyógyász szakorvossal rendelkezik a megkérdezett nők 63,2%-a. Igazolódott a hipotézisünk, miszerint a privát orvossal rendelkezők szignifikánsan nagyobb arányban mennek el (68,4%) évente szűrővizsgálatra. A privát szakorvossal rendelkezők 58,3%-a magán úton végezteti el a rutin cytológiai vizsgálatot is.

- 6. A félelem, a szégyenérzet, és a feltételezett vagy tapasztalt fájdalom tartja távol a nőket a szűrővizsgálattól.**

Az eredményeink a logisztikus regresszió eredményei alapján a hipotézist részben igazolták.

7. Feltételezzük, hogy a nyereményjáték, jutalom nem szolgál ösztönző tényezőként, a nők jelentős hányada elutasítja az ilyen jellegű kezdeményezéseket.

Eredményeink szerint a nők többsége nyereményjáték nélkül is kellően motivált és összesen 9 személy vallotta be, hogy elsősorban a játék kedvéért jelentkezik szűrővizsgálaton. A hipotézisünk igazolódott.

8. Az ápolóknak nemcsak az egészségükhöz való viszonyuk, de a rendszeres szűrésen való megjelenésük is példaértékű, ezáltal hiteles egészségmegőrző társadalmi szerepet töltenek be.

Eredményeinkkel bizonyítottuk, hogy az ápolók rendszeres szűrésen való megjelenése példamutató a magyar társadalomban élő nők számára is.

9. Az ausztráliai ápolók rákszűréssel kapcsolatos attitűdje kedvezőbb a magyar és német ápolókhöz képest.

Utolsó hipotézisünk az egyutas varianciaanalízis (ANOVA) eredményei alapján részben igazolódott.

10. Következtetések

I. Hazánkban laikus nők körében tudomásunk szerint ez idáig nem történt olyan jellegű vizsgálat, amely a szűrésen való részvétel motivációját közvetlen vizsgálta volna. Hasonló vizsgálatokban a szerzők csak az orvoshoz fordulás gyakoriságával foglalkoztak. Felmérésünk lehetővé tette, hogy betekintést nyerjünk a nők szűrővizsgálaton való részvételébe és a vizsgálatához való viszonyukba. Olyan összehasonlításra alkalmas hazai, illetve nemzetközi kvantitatív kutatást sem találtunk, mely egyidőben, országok között, ugyanazon változók segítségével vizsgálta volna a motivációs attitűdöket a méhnyak szűrések kapcsán. A téma fontossága miatt elengedhetetlennek tartjuk, hogy további kutatások történjenek ebben a tárgykörben. A részletesebb tisztázás azonban már nem epidemiológiai probléma, hanem valóban a motivációt vizsgáló kutatások területére tartozik, szociológia-, magatartástudományi-, társadalomtudományi szakterületeken.

II. Elméleti szakirodalmi áttekintés alapján megállapítható, hogy a szervezett méhnyakszűrések 1960-as években történt bevezetése jelentős mértékben csökkentette a halálozást az európai országokban, azonban a szűrőprogramok szervezése országonként eltérő. Magyarország több évtizedes erőfeszítései sajnos nem tükröződnek a halálozási mutatókban: évente mintegy 500 asszony veszti életét a méhnyakrák következtében. Jelenleg a szűrés a Nemzeti Népegészségügyi Program szerint, személyes meghívás alapján történik. Sajnos, a 2003. szeptember végén megindult program tapasztalatai kedvezőtlen képet mutatnak. A 2003. szeptember és 2006. szeptember közötti időszakban mintegy 2 millió személynek küldtek meghívólevelet, azonban alig 96.000 nő, vagyis a meghívottak nem több, mint 5%-a jelent meg. Területi adatok szerint a megjelenés megyénként jelentős (2,26-18,26%) szórást mutatott (Kovács és mtsai 2007.b). Az általunk vizsgált populációs mintában a méhnyak szűrésen való megjelenés nem olyan alacsony, mint azt az országos szűréskoordinációs adatok mutatják. Eredményeink szerint ugyan nem évenként, de 3 éven belül a vizsgált minta 69,4%-a jelentkezett nőgyógyászati rendelésen. Sajnos 13,8%-ban azonban ez idáig egyáltalán nem jelentkeztek. Szocio-demográfiai adatok alapján megállapítható, hogy a 15-19 évesek, az általános iskolai végzettségűek, a hajadonok és a munkaviszonnyal nem rendelkezők maradt távol a méhnyak szűréstől.

III. Kérdőívünk 51 kérdést tartalmazott, melynek eredményei alapján megállapítható, hogy hazai mortalitási mutatóink további javításához változatlanul szükség van a rákszűrő vizsgálatok kellően motivált és folyamatos végzésére. A nőgyógyász szakorvosnál való megjelenés egyike a legintimebb orvos-beteg találkozásnak. A megkérdezett nők részben a félelem, az intimszféra sérülése, a kellemetlen vizsgálat tapasztalata vagy feltételezése és a hosszú várakozási periódus miatt nehezen szánják rá magukat a vizsgálatra. Nem szabad azonban arról sem megfeledkezni, hogy a nők jelentős része az egészségi állapotáért felelősséget érezve vesz részt a szűréseken. Ha csak mechanikusan kezeljük a szűrésekről készített jelentéseket, azt látjuk, hogy a vizsgált populáció 24,5%-a kapott kiértékelést, és ebből a csoportból is csak 18,8% jelentkezett. Ez nem túl biztató. Érdemes odafigyelni a szűrés helyének kiválasztásában mutatkozó különbségekre is, pontosabban arra, hogy mely intézményi ellátási formák élveznek prioritást. A megkérdezett minta 1/3 része (306 fő) a preventív rutin vizsgálat tekintetében is a magánorvosához fordul. Nagyarányú az elutasítás a házi orvosi rendelőben történő kenetvétellel szemben.

IV. Az ápolói hivatás mintaszerű magatartásformát követel, ugyanis „A példa a leghatékonyabb tanítók egyike, noha szóltanul tanít” (Samuel Smiles). Az ápolónak az egészségnevelő tevékenység során lehetőségük nyílik arra, hogy támogassák az egyént az egészségvédő és kockázatcsökkentő magatartásformák elfogadásában. Ennek leghatékonyabb módszere a személyes példamutatás. Az ápolók körében végzett felmérésünk célja volt, hogy bemutassuk a különbségeket Magyarország, Németország és Ausztrália ápolóinak körében az egészségmagatartást, a szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóságot és a szűrővizsgálattal szembeni motivációt illetően. Ausztrália, mind földrajzi tekintetben, mind az egészségkultúra, az egészségügyi ellátás és a szűrőprogramokon való részvétel terén eltér a két európai országtól, amint azt részben az eredményeink is igazolták.

V. Összességében elmondható, hogy az egészségi állapot önértékelésében az átlaghoz viszonyítva a legmagasabb értéket az ausztráliai, a legkisebb értéket a magyar minta adta. A magyar és német ápolók jelentős része évente, az ausztráliai minta több, mint 50%-a kétfévente jelenik meg szűrővizsgálaton. Ez utóbbi magatartás egyébként megegyezik az ausztráliai Nemzeti Programban megfogalmazott kívánalmakkal.

Részben kedvezőbb motivációs magatartást mutat az ausztrál minta, ez azonban – feltételezésünk szerint – azzal magyarázható, hogy Ausztráliában 1991 óta (közel húsz éve) sikeresen működik a Szervezett Méhnyakrák Szűrési Program.

VI. Összességében egy lakossági szűrővizsgálat akkor lehet hatékony, ha magának a szürendő populációnak is igénye van a szűrésre. A részvételi arány növelésében döntő lépés az ismeretek szélesebb körű terjesztése, a kockázati tényezők ismertetése, a rákszűrő vizsgálatról való félelem eloszlatása, a tévhitek megcáfolása, (laikus nők körében a rákot még mindig gyógyíthatatlan kórnak tartják) és a nők motiválása (fogadják el az ingyenes szűrővizsgálatra szóló meghívást). Meg kell jegyeznünk, hogy a nyereségszerepe további átgondolást igényel. Tartózkodni kellene azonban az olyan látszat keltésétől, amely szerint a magyar nőket csak nyereségszerepekkel lehet ösztönözni a szűrésen való részvételre. Tudatosítani kell minden nő számára a szűrővizsgálat menetét, lehetséges hasznát, korlátait, és az esetleges nem kívánatos mellékhatásokat, valamint főként azt, hogy milyen kockázattal járhat a részvétel elmulasztása. Hosszabb távon azonban elengedhetetlen a felelős egészségmagatartás tervszerű kialakítása. Ezt már a korai életszakaszban (iskolában) kell megkezdeni, az egészség megőrzésével kapcsolatos ismeretek bővítésével. Magyarországon ilyen módon csökkenthetnénk a nőgyógyászati rákszűrés kiterjesztésének ma még messze nem megoldott problémáját. (Kovács és mtsai 2007.a; Karamánné és mtsai 2008).

10.1. Az eredmények hasznosíthatósága

1. Svédország mintájára célszerű volna a 25-65 év közötti női populációt magába foglaló olyan cytológiai adatbázist készíteni, amely rögzítené mind a célpopuláció megjelenését, mind a távolmaradását. A behívóleveleket a Nemzeti Programban megfogalmazottak alapján továbbra is 3 éves periódusban kell kiküldeni. Emlékeztetőt kapnának minden évben azok a nők, akik nem jelentek meg a vizsgálaton.
2. Az adatbázis segítségével nyomon lehetne követni azokat a nőket, akik távolmaradtak a szűréstől, és a védőnő, illetve a házi orvos segítségével kellene megjelenésre ösztönözni őket. Fokozott figyelmet kell fordítani az 50-59 évesekre, az általános iskolai végzettségűekre, a hajadonokra, a munkaviszonnyal nem rendelkezőkre. Ebben a körben speciálisan kialakított tájékoztatást kell adni a szűrés

jelentőségéről és annak fájdalommentességéről, és a hozzáférhetőséget is külön kell szabályozni.

3. Szakirodalmi adatok szerint a nők egy része munkahelyi (3 műszak)- és családi kötelezettségéből adódóan nem jut el sem a nőgyógyász szakorvoshoz, sem az évenkénti rákszűrő vizsgálatra. Úgy gondoljuk, hogy megoldás lehet a nagyobb vállalatok nődolgozói körében az évenkénti mobil nőgyógyászati szűrővizsgálat megszervezése az onkológiai gondozók közreműködésével.
4. Érdemes lenne megfontolni azt a javaslatunkat, amely szerint az eddigi behívó levéllel szemben „A női egészséget követő vizsgálat” lehetne az új, félelemmentes elnevezés. Fontosnak tartanánk a jelenlegi behívólevél küllemének és információ tartalmának kedvezőbb kialakítását, vagyis megjelenése kevésbé legyen reklámszerű, szakmailag pedig pontosan tartalmazza – mindenki számára érthetően – hogy, mi a rákszűrés lényege, mi a vizsgálat menete, mit lehet megelőzni vele és hogyan gyógyítható a méhnyakrák. Legyen továbbá a levélben feltüntetve egy elérhető kontaktszemély is, akihez kérdéseket lehet intézni a vizsgálat jellégével kapcsolatban. Érdemes lenne megoldási módozatként egy olyan alkalmi munkacsoportot összeállítani, akik az asszonyok igényeit és a kutatásunk eredményeit figyelembe véve egy újszerű és mindenki számára megfelelő behívó levelet állítanának össze, amely valóban ösztönzőleg hatna a részvételre. Ebben a munkacsoportban nemcsak szülész-nőgyógyász-, onkológus szakorvos, háziorvos, védőnő, ápoló, PR- szakember foglalna helyet, hanem például a Rákellenes Liga képviselői és minden korosztályt képviselő laikus nők is szerephez juthatnának. Mintaként az angol NHS kiadvány szolgálhatna.
5. Az eredményeink is felhívják a figyelmet a 15-19 éves fiatal lányok méhnyakszűréssel szembeni közömbös hozzáállására. A felelős egészségmagatartás kialakítása érdekében meggyőző lenne szülész-nőgyógyász szakorvosok, védőnők, szülésznők bevonásával és az édesanyák támogatásával a serdülő lányok számára a nőgyógyászati szakrendelő bemutatása, a vizsgálat eszközeinek és a kenetvétel folyamatának szemléltetése, biztosítva, hogy a fiatal lányok megismerjék a nőgyógyászati vizsgálat és a nőgyógyászati prevenció fontosságát, hogy a felnőtté válás folyamán tudatosan felelősséget vállalva mindent megtegyenek a jó egészségi állapotuk megőrzéséért. További javaslataink közé tartozik, hogy minden évben az

- egyetemen, főiskolákon mozgó szűrővizsgálatot lehetne szervezni a hallgatók számára, – akár az egyetemi-főiskolai intézetek közötti verseny szellemében – ahol jutalomként például több ingyenes HPV-elleni védőoltás is kisorsolásra kerülhetne.
6. A nyereményjáték szerepe további átgondolást igényel. Megoldási módozatként szerepelhetne, ha ez például minden évben az első szűrésen megjelenők között inkább jutalomszerűen történnék, vagyis a rákszűrésen megjelenő minden századik hölgy valamilyen ajándécsomagot kapna, vagy aki rendszeresen jár évente szűrésre, valamilyen hasonló juttatásban részesülne (pl. a már említett ingyenes vagy kedvezménnyel megvásárolható HPV-elleni védőoltás, és ennek kapcsán megjegyezhető, hogy egy három millió forint értékű kisorsolt személyautó árából 100 darab ingyenes oltást lehetne adni).
 7. A szűrővizsgálatok népszerűsítésében/elfogadásában a médianak (pl. TV csatornák, női magazinok) is fontos szerepet kell vállalnia. Meggyőzőbbek lehetnek a televízióban, rádióban leadott riportok egy-egy meggyógyult beteg élményével alátámasztva, vagy egy szakorvos érthető magyarázatával. Ezáltal is tudatosítani lehetne a rákszűrés fontosságát (pl. Svédországban a nők harcolták ki maguknak, hogy legyen rákszűrés, mégis rendszeresen megjelenik a médiában a felhívás, hogy: „Nők menjetek rákszűrésre”).
 8. Az egészségmegőrző, tömegeket mozgató programoknak nem kampányszerűen, hanem rendszeresen, szervezeten kell működniük, ami csak akkor érhető el, ha ezeket megfelelő társadalmi szemlélet kialakításával „vonzóvá, hitelessé” tudjuk tenni.
 9. Kutatásunk azt is alátámasztja, hogy határozott igény van egészségügyi szakemberek által tolmácsolt nőgyógyászati jellegű előadásokra, így például a média támogatásával útjára indulhatna a „Minden Tudás Egyetem” előadássorozat keretén belül egy „Nőkről, nőknek” című rendezvény sorozat.
 10. Az onkológiai, nőgyógyászati osztályokon dolgozó nővéreket, közösségi ápolókat, valamint a főiskolai és egyetemi végzettségű ápolókat be kell vonni a Nemzeti Program céljainak végrehajtásába. Feladataikat konkrétan meg kell határozni, és megfelelő szakmai felkészítésben kell részesíteni őket.
 11. A tudományos és szakmai ismeretek gyorsütemű fejlődése indokolja a prevenció ápolóképzés megvalósítását, szakirányú továbbképzés keretében. Célszerűnek

tartanánk, ha az okleveles és főiskolai végzettségű ápolók, akik már rendelkeznek az alapszintet meghaladó pedagógiai, egészségfejlesztési, és egészségnevelési többletismerettel, másfél éves szakirányú továbbképzés keretében prevenció ápolói szakképzettséget szerezhethetnének. A végzettek a megszerzett ismeretek birtokában szervesen beépülnének az alapellátásba, és aktív szerepet vállalnának a Népegészségügyi Program megvalósításában.

12. Az ápolók körében is szükség van a folyamatos szakmai továbbképzésekre. Eredményeink is bizonyították, hogy az ápolónők is igényt tartanak a nőgyógyászati témakörű előadásokra. Fontosnak tartanánk, hogy az egészségügyi dolgozók – főként szülésznők, onkológiai osztályon dolgozó nővérek, diplomás ápolók – más osztályon dolgozó női kollegáinak egészségvédő, egészségnevelő programot/előadást szervezzenek. Kiemelten fontos volna a nőgyógyászati szűrővizsgálatok propagálása, a legújabb rákkutatási eredmények, a lakosság egészségi állapotának és a statisztikai adatoknak az ismertetése, ami igen hasznos volna a prevenció gyakorlati megvalósításában. Az egészségnevelő programokkal ösztönözni lehetne az érintett korosztályt, hogy rendszeresen járjanak rákszűrésre.

13. Az ápolástudomány ma Magyarországon „gyermekcipőben jár”, ezért fontosnak tartanánk regionális ápolói kutató központok létrehozását (akár a megyei kórházakra építve), ahol népegészségügyi jelentőségű szociológiai és egészségtudományi kutatásokat is lehetne kezdeményezni. Szakirodalmi adatok alapján javasolt méhnyakrák szűrési témák:

- az elindított védőnői program hatékonyságának vizsgálata,
- a média hatásának vizsgálata a méhnyakrák szűrést illetően,
- a távolmaradás okainak vizsgálata szocio-demográfiai adatok tükrében, különös tekintettel az 50-59 éves korosztályra,
- motiváló tényezők vizsgálata a fiatal nők körében.

11. Összefoglalás

A megjelenés motivációjának vizsgálata méhnyakrák szűrések kapcsán

Magyarország Nyugat-Dunántúl Régiójában fekvő Zala megyében kiugró a méhnyakrák előfordulási gyakorisága. Hazánkban a Nemzeti Program keretén belül 2003-ban indult meg a személyes meghíváson alapuló méhnyakszűrés. Tanulmányunk során arra kerestük a választ, miért nem élnek a nők a felkínált lehetőséggel, mi az oka a szűrővizsgálattól való távolmaradásnak. Keresztmetszeti vizsgálatunkat egyrészt a 18-60 éves zalaegerszegi, egészségügyi végzettséggel nem rendelkező nők körében, másrészt a Zala Megyei Kórház, az ausztráliai Queensland North Arm városi kórház, és a németországi „Stralsund Ápolói Szolgálat” ápolói, és a Frankfurt Diakonia Klinika és Bethania Kórház ápolói körében végeztük. Eredményeink szerint a válaszadó nők 13,8%-a életében egyszer sem vett részt nőgyógyászati rákszűrésen. E kérdéskört tekintve a 15-19 évesek, az általános végzettségűek, a hajadonok, a munkaviszonnyal nem rendelkezők érdemelnek fokozott figyelmet. Közel négyszer nagyobb eséllyel maradtak el a méhnyak szűréstől azok a nők, akik úgy gondolják, hogy azért nem jelentkeztek, mert nem kaptak konkrét időpontot a vizsgálatra. A nőgyógyászati szűrésre 2,21-szer nagyobb eséllyel azok nem jelentkeztek még egyszer sem, akik kifejezték, hogy szégyellnék magukat egy ilyen vizsgálaton. Aki a szabadidejét nem áldozza fel, közel 2,5-szörös eséllyel még soha nem volt nőgyógyászati szűrésen. Cytológiai szűrésen az ápolók 89,4%-a legalább egyszer járt életében. Szignifikáns különbség tapasztalható az ápolói csoportok és a megjelenés gyakorisága között. A magyar és német ápolók jelentős része évente jelentkezik, az ausztráliai minta több, mint 50%-a kétfévente, ez azonban pontosan megfelel az ausztráliai Nemzeti Program ajánlásának. Hazai mortalitási mutatóink további javításához változatlanul szükség van a rákszűrő vizsgálatok hatékonyabban motivált és folyamatos végzésére. Ehhez a méhnyakszűrésben rendelkezésre áll az egészségügyi kormányzat külön kidolgozott koncepciója és infrastruktúrája. A rendszer gyengéje a népesség alacsony részvételi aránya. Nem szabad azonban arról sem megfeledkezni, hogy azok között, akik megjelennek, a jelentős többség az egészségi állapotáért érzett felelősséggel vesz részt a szűréseken.

12. Angol nyelvű összefoglalás

Study of Women's Motivation for Non-Utilization of Cervix Cancer Screening

The occurrence of cervix cancer is outstandingly high in Zala County situated in the Western Transdanubian region of Hungary. Cervix cancer screening based on personal invitation was launched within the framework of the National Programme in Hungary in 2003. The aim of our study was to reveal why women do not take the opportunity offered by the state and what reasons there are for the non-attendance of screenings. Using a cross-sectional approach, we accomplished our study on women between the ages of 18 and 60 without any medical qualifications, and among nurses of the Hungarian Zala County Hospital, in the Australian Queensland North Arm City Hospital and in the German "Stralsund Nursing Service" coupled with the Frankfurt Diakonia Clinic and the Bethania Hospital. The results of our study revealed that 13.8% of women participating in our research program have never been to a gynaecological cancer screening. Concerning this fact, the following groups deserve greater attention: 15-19 year-olds, those only with basic school qualifications, the unmarried and the unemployed. The women, who think they did not appear on the screening because they had not received a specific appointment, have almost a four times greater chance to stay away from the cervix cancer screenings. Those women, who stated to be ashamed of such a screening, have a 2.21 times greater chance never to have attended a gynaecological screening before. Those not willing to sacrifice their free time have a 2.5 times greater chance not to have attended a gynaecological screening at all before. 89.4% of the nurses have already been to a cytological screening at least once in their lives. A significant difference can be experienced among the nursing groups related to the frequency of screening attended. The majority of Hungarian and German nurses are utilizing annually the screening, whereas 50% of the Australian sample do it every second year, nevertheless it fits exactly to the recommendation of the Australian National Programme. In order to improve our national mortality indexes it is necessary to continue the cancer screenings in a well motivated target population. Achieving this in cervix cancer screening, there are available conception and infrastructure alike provided by the health administration. The weakness of the system is the low participation rate of the population. Although, it cannot be forgotten that the major share of those participated in the screening programs feel responsible for their own state of health.

13. Felhasznált irodalom

1. Ádány R. A megelőző orvostan és népegészségtan tárgya. In: Ádány R, Hajdú P (szerk.), Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006: 24-25.
2. Advisory Committee on Cancer Prevention. (2000) Recommendations on cancer screening in the European union. Advisory committee on cancer prevention. Eur J Cancer, 36: 1473–1478.
3. Ágoston G. A szorongás nőgyógyászati vonatkozásai. In: C. Molnár E, Füredi J, Papp Z (szerk.), Szülészeti-Nőgyógyászati Pszichológia és Pszichiátria. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2006: 171-183.
4. Ajzen I, Fishbein M. (1980) Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
5. Állami Számvevőszék. (2008) Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről.
[http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/B9812BDBD9921EC5C125744E0054B627/\\$File/0805J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/B9812BDBD9921EC5C125744E0054B627/$File/0805J000.pdf) (2009.07.02.)
6. A Magyar Tudományos Akadémia Nyelvtudományi Intézete. A magyar nyelv értelmező szótára. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1992: 176.
7. Anttila A, Ronco G, Clifford G, Bray F, Hakama M, Arbyn A, Weiderpass E. (2004) Cervical cancer screening programmes and policies in 18 European countries. Brit J Cancer, 91: 935-941.
8. Apostol J. (2008) Cervical Cancer Screening Assessment in Romania-Problems, Present, Future.
www.tumori.net/eurochip/material/Screening/I.ApostolCervical_cancer_screening_situation_Romania.pps (2008.12.21.)
9. Australian Government, National Health and Medical Research Council. (2005) Screening to prevent cervical cancer: guidelines for the management of asymptomatic women with screen detected abnormalities. Canberra: Commonwealth of Australia.
http://nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/wh39.pdf (2009.08.15)
10. Australian Institute of Health and Welfare. (2009) Cervical screening in Australia 2006–2007. The Australian Institute of Health and Welfare and the Australian Government Department of Health and Ageing for the National Cervical

Screening Program. <http://www.aihw.gov.au/publications/can/can-43-10676/can-43-10676.pdf> (2009.08.31)

11. Balázs P. Népegészségtan. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 89.
12. Baum A, Krantz DS, Gatchel RJ.(1997) An introduction to health psychology. McGraw-Hill, 1997.
13. Becker MA, Maiman LA. (1975) Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13: 10-24.
14. Belec B, Paulik E, Balogh S, Hajnal F, Nagymajtényi L. (2004) A nők egészségi állapota és egészségmagatartása Dél-Alföldi Megyékben. *Medicus Universalis*, 37 (4): 171-175.
15. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. (2004) Self-reported health and adult mortality risk: An analyses of cause-specific mortality. *Soc Sci Med*, 59: 1297-1306.
16. Bényi M, Vámos M, Kéki Zs, Rákos-Zichy P. (2009) Méhnyak szűrővizsgálatok értékelése a MikroLEF 2007.alapján. *Népegészségügy*, 87(3): 162-171.
17. Berghammer R. Csoportos egészségnevelés. Populációs és közösségi szintű beavatkozások az egészséggel kapcsolatos egyenlőtlenségek enyhítése céljából. In: Kopp M (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 131-138.
18. Blayter M, Paterson E. (1982) *Mothers and Daughters: A Three-Generational Study of Health Attitudes and Health Behaviour*. Heinemann, London.
19. Bodó M, Árva P, Döbrössy L. (1992) Előszűrő asszisztensekkel segített cervix-program a rák -mortalitási adatok tükrében. *Magyar Onkológia*, 1: 9-14.
20. Bodó M, Cseh I, Bösze P. (1991.a) Alarm-helyzet a cervixprogramban, kérdések és feladatok. *Magy Nőorv L*, 54: 373-375.
21. Bodó M, Döbrössy L. (1991.b.) A Bethesda-szisztéma: Új citológiai klasszifikáció a klinikus szemszögéből. *Magy Nőorv L*, 54: 55-57.
22. Bodó M, Döbrössy L. (1982.a) A citológiai vizsgálatra alapozott cervixprogram eredményei és kilátásai. *Orvostudomány*, 33: 391-395.
23. Bodó M, Döbrössy L, Töttösy B, Péter Z. (1982.b) Megvalósulás útján a citológiai méhnyakszűrés Magyarországon. *Orvosképzés*, 57: 266-270.

24. Boján F, Vargáné HP. A szűrővizsgálatok. In: Dési I (szerk.), Népegészségtan. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1995: 46-47.
25. Boncz I, Dózsa Cs. (2005) A méhnyakrák népegészségügyi célú szűrésének előzetes finanszírozói értékelése. IME, 3(10): 9-11.
26. Boncz I. (2006) Prevention of cervical cancer in low-resource settings. JAMA, 295(11): 1248.
27. Boncz I, Sebestyén A. (2006) Az emlő, méhnyak és colorectalis daganatok kezelési költségeinek összehasonlító elemzése IME, 4(10): 16-19.
28. Boncz I, Sebestyén A, Dózsa Cs. (2004) A népegészségügyi célú lakossági szűrővizsgálatok finanszírozói értékelése. Népegészségügy, 83(1): 3-9.
29. Boncz I, Sebestyén A, Dózsa Cs, Ember I. (2006) A szervezett lakossági méhnyakszűrés előzetes tapasztalatai. Magyar Epidemiológia, 3. Suppl.31.
30. Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, Kovács A, Budai A, Székely T. (2007.a.) A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. Orvosi Hetilap, 148(46): 2177-2182.
31. Boncz I, Sebestyén A, Ember I. (2007.b.) Organized, nationwide cervical cancer screening programme in Hungary. Gynecol Oncol, 106(1): 272-273.
32. Boncz I, Sebestyén A, Pál M, Sándor J, Ember I. (2003) A méhnyakrák szűrések egészség-gazdaságtani elemzése. Orvosi Hetilap, 144(15): 713-717.
33. Bowling A. (1991) Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Open University Press, Milton Keynes.
34. Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Moller H, Hakama M, Parkin DM. (2005) Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 14(3): 677-686.
35. Breitnecker G, Wiener HC, Stani J. (2001) Cervical Cancer Screening in Austria. Eur J of Cancer, 37(9): 1181.
36. Buda J. Az orvoslás története. POTE EFK, Pécs, 1991.
37. Buda J. Demográfia-szomatometria-epidemiológia. Pécs, POTE EFK, 1993: 98-108.
38. Buser K, Kaul-Hecker U. (szerk.) Orvosi pszichológia. Orvosi szociológia, Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 1998: 101.

39. Canfell K, Beral V, Green J, Cameron R, Baker K, Brown A. (2006.a) The agreement between self-reported cervical smear abnormalities and screening programme records. *J Med Screen*, 13 (2): 72-75.
40. Canfell K, Sitas F, Beral V. (2006.b) Cervical cancer in Australia and the United Kingdom: comparison of screening policy and uptake, and cancer incidence and mortality. *MJA*, 185 (9): 482-486.
41. Carver CS, Scheier MF. (1990) Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97(1): 19-35.
42. Castlellsagué X, Sanjosé S. de, Aguado T, Louie KS, Bruni L, Munoz J. (2007) Vaccine. HPV and Cervical Cancer in the World 2007 Report. 25, 3 (Suppl):1. <http://www.who.int/hpvcentre/publications/HPVReport2007.pdf> (2009.07.25)
43. Christie L, Gamble J, Creedy D.K. (2005) Women's views of registered nurses as Papanicolaou smear providers: A pilot study. *Contemporary Nurse*, 20(2): 159-169.
44. Cochrane AL, Holland WW. (1971) Validation of screening procedures. *Br Med Bull*, 27: 3-8.
45. Csabai M, Molnár P. *Egészség, betegség, gyógyítás*. Springer, Budapest, 1999: 178.
46. Csapó Zs. (2006) A citológiai vizsgálat és beosztási rendszerei. *Orvosképzés*, 81(4): 254.
47. Csatlós I. (2004) Az ápolók Egészségmagatartása. *Nővér*, 17(1): 27-32.
48. Cseh I. (2000) A nőgyógyászati (méhnyak-)rákszűrés helyzete hazánkban. *Nőgyógyászati és Szülészeti Továbbképző Szemle*. 9: 316-326.
49. Cseh I, Fülöp V. (2003) A méhnyakrák korai felismerésére irányuló populációs szintű (lakossági) szűrőprogram a Bethesda 2001 rendszer tükrében. *Magyar Nőorvosok Lapja* 66: 113-121.
50. Csóka M. Az ápolási szolgálat szereplői. In: Nosza M. (szerk.), *Ápolástani alapismeretek*. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 2000: 85-87.
51. Dinya E. *Biometria az orvosi gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2001: 291-301.

52. Döbrössy B, Kovács A, Budai A., Cornides Á, Döbrössy L. (2007) A szűrés nemkívánatos lélektani mellékhatásai. *Orvosi Hetilap*, 148 (36): 1707-1711.
53. Döbrössy L. (2007) A méhnyakrák öt évtizede Magyarországon. *Nőgyógyászati Onkológia*, 12: 5-9.
54. Döbrössy L. (szerk.) Szervezett szűrés az onkológiában. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 2000.
55. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program. *Egészségügyi Közlöny*, 2001.16: 2237-2324.
56. Eckhardt S. (2003) Dr. Lehoczky Győző (1904-2003). *Magyar Onkológia*, 47(4): 338.
57. Elekes A. *Pedagógia. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 1999: 83-84.*
58. Ember I, Kiss J, Sándor J. A daganatok epidemiológiája és prevenciója. *Dialóg Campus Kiadó, Pécs-Budapest, 2000: 119.*
59. Ewles L, Simnett I. Egészségfejlesztés gyakorlati útmutató. *Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999: 3-17.*
60. Fábíán Gy, Zsidegh M. A testnevelési és sporttudományos kutatások módszertana. *Magyar Testnevelési Egyetem, Budapest, 1998: 185-226.*
61. Falus I, Ollé J. Statisztikai módszerek pedagógusok számára. *Okker Kiadó Kft, Budapest, 2000:*
62. Feith HJ. Női szerepek és konfliktusok egészségügyi diplomás életpályákon. *Semmelweis Egyetem, Doktori értekezés, 2007: 57-61.*
63. Feith HJ, Kovácsné TÁ, Balázs P. (2005) Életmód és egészség-magatartás diplomásápoló-hallgatóknak körében. *Egészségfejlesztés*, 46 (3): 10-14.
64. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. (2004) *Globocan 2002 cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC CancerBase No 5 version 20. Lyon: IARC Press 2004.*
65. Fox R.(2006) Informed choice in screening programmes: Do leaflets help? A critical literature review. *J.of Public Health*, 28(4): 309-317.
66. Füzesi Zs, Lampek K. Az egészségi állapothoz való viszony változásai. In: Kállai J, Varga J, Olah A (szerk.), *Egészség-pszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2007: 65-86.*

67. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. (2008) Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. *PLoS Medicine*, 5(6): 863-868.
68. Ganesan R, Rollason TP. Pathology of neoplastic squamous lesions. In: Jordan JA, Singer A. et al (eds.), *The Cervix*. Blackwell Publishing Ltd, Massachusetts, Second edition, 2006: 301-316.
69. Gáspár A. (2005) Az egészségtan tanár szerepe és lehetőségei a méhnyakrákszűrésben. *Nővér*, 28(1): 3-11.
70. Gemeinsamer Bundesausschuss: Teilbericht Früherkennung des Zervixkarzinoms, hier: neue Technologien im Rahmen des Primärscreenings, Qualitätssicherung. <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-367/2007-06-05-Abschluss-Zervix.pdf> (2009.05.17.)
71. Gémes K. Sport és életminőség. In Kopp M, Kovács ME (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 167-177.
72. Goldsmith M, Bankhead C, Austoker J. (2006). Improving the quality of the written information sent to women about cervical screening. Guidelines on the Content of Letters and Leaflets. NHSCSP Publication No27. December. Retrieved from <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp27.pdf>
73. Gődény S. (szerk.) *A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben*. Pro Die Kiadó, Budapest, 2007: 70.
74. Györffy Zs, Ádám Sz: Az életminőség alakulása az orvosnői hivatásban. In: Kopp M, Kovács ME (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 314-323.
75. Gyukits Gy, Ürmös A, Csoboth Cs, Purebl Gy. (2002) A fiatal roma nők szűrővizsgálaton való megjelenése. *Orvosi Hetil*, 143(36): 2077-2079.
76. Hárdi I. *Pszichológia a betegágynál*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 1995: 234-238.
77. Harmat Gy, Czárán E. (2010) Szűrési gyakorlat Európában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 48(2): 2-11.
78. Harris DM, Guten S. (1979) Health protecting behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20: 17-29.

79. Harrison RV. Person-Environment Fit and Job Stress. In: Cooper, Payne R (szerk.), *Stress at Work*. John Wiley & Sons, New York, 1978: 175-205.
80. Hegedűs K, Szabó N, Szabó G, Kopp M. (2008) Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat (2002-2006). *Nővér*, 21(1): 3-9.
81. Hollán Zs.(2001) Az egészségügy az ezredfordulón Magyarországon.
<http://www.epa.oszk.hu/00700/00775/00032/831-840.html> (2008.7.23)
82. Horti J, Riskó Á. *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2006:75-83.
83. Horváth Gy. *Bevezetés a tesztelméletbe*. Keraban Kiadó, Budapest, 1993:24-45.
84. Idler E, Benyamini Y. (1997) Self-rated health and mortality: A review of twentyseven community studies. *J Health Soc Behav*, 38: 21-37.
85. *Internetes Magyar Egészségügyi Adattár: Sha méhnyakrák/ 100000 nő, 0-64 év.*
<http://hawk.eski.hu/IMEA/Report/ReportIndex.jsp?report=MEA> (2008.10.05.)
86. Janz NK, Becker MH. (1984) The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11: 1-47.
87. Juhász Á. *Munkahelyi egészségpszichológia, Oktatási segédanyag*. Budapest. 2003: 11-20.
88. Kalton G. (2001) Leslie Kish's impact on survey statistics. *Proceedings of Statistics Canada Symposium 2001. Achieving Data Quality in a Statistical Agency: A Methodological Perspective.* <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-522-x/2001001/session4/6240-eng.pdf> (2009.12.20.)
89. Kálmán E, Pajor L. A nemi szervek patológiája. In: Kopper L, Schaff Zs (szerk.), *Patológia 2*. Medicina, Budapest, Második, javított kiadás, 2006: 1039-1115.
90. Karamánné Pakai A, Dér A, Németh K. (2005) Nők prevenciók lehetőségeinek ismerete a nőgyógyászat körében, Magyarországon. *Nővér*, 18(5): 16-23.
91. Karamánné Pakai A, Németh K, Fekete J, Mészáros L, Dér A, Doms R. Balázs P. (2008) A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 21(2): 3-9.
92. Karamánné Pakai A, Németh K, Kriszbacher I, Dér A, Lampek K, Mészáros L, Betlehem J, Balázs P. (2009.a) A szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-dunántúli Régióban élő nők körében. *Magyar Epid*, 6 :9-20.

93. Karamán Pakai A, Ramona D, Schäfer J, Vizsralek B, Dér A, Szili K, Balázs P. (2009.b) A méhnyakrák-szűrésen való részvételt befolyásoló tényezők ápolók körében. *Acta Sana*, 4(2): 4-14.
94. Kardos L, Wetzwehné GA. A szülésznő tevékenységi köre és filozófiája. In: Illei Gy (szerk.), *Klinikai alapismeretek és szakápolástan szülésznők számára*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 1997: 41-43.
95. Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M. (2008). Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf (2009.06.01)
96. Kásler M, Ottó Sz. (1994) A rosszindulatú daganatok másodlagos megelőzése, korai felkutatása („szűrés”). *Orvosi Hetilap*, 134(9): 473-480.
97. Kásler M, Ottó Sz. (2008) Európai és hazai kihívások az onkológiában. *Magyar Onkológia*, 52:21–33.
98. Kasl SV, Cobb S. (1966) Health behaviour, illness behaviour, and sick role behaviour I. Health illness behaviour. *Archives of environmental health*, 12: 246-266.
99. Kesic V, Markovic M, Matejic B, Topic. (2005) Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. *Gynecologic Oncology*, 99(3): 222-225.
100. Ketskemény L, Izsó L. Bevezetés az SPSS programrendszerbe. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2005.
101. Kismarton J. (2005) Betegjogok érvényesülése az egészségügyi ellátás során. *IME* 3(10): 49-50.
102. Klug SJ, Hetzer M, Blettner M. (2005) Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *The European Journal of Public Health*, 15(1): 70-77.
103. Koiss R. (2008) A méhnyakrák elleni védőoltással kapcsolatos gyakorlati kérdések. *Hippocrates*, 10(1).
<http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/X/1/014.htm>

104. Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides A. (2007.a) Az emlőszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. Orvosi Hetilap, 148(19): 879-885.
105. Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides A. (2007.b) A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban. Orvosi Hetilap, 148(12): 535-540.
106. Kovács A, Döbrössy L, Budai A, Boncz I, Cornides Á. (2008) Cervical screening in Hungary: why does the „English model” work but the „Hungarian model” does not? Eur J Gynaecol Oncol, 29(1): 5-9.
107. Kovácsné TÁ. Pályaválasztási motiváció értékrendi alapjai diplomás ápoló és tanárképző főiskolai hallgatók körében. Semmelweis Egyetem, Doktori értekezés, 2007: 68-72.
108. Kovácsné TÁ, Feith HJ, Balázs P. (2007) „Főiskolai hallgatók érték és pályaaorientációja” kutatás tervezése, a kérdőív módszertani bemutatása, a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatósága. Nővér, 5: 3-9.
109. Körtvélyesiné Samu Gy, Mari A. (2003) Körzeti -közösségi ápolók szerepe az egészségpolitikai célkitűzések megvalósításában. Nővér, 16(3): 21-24.
110. Központi Statisztikai Hivatal. Magyar Statisztikai évkönyv. KSH, Budapest. 2008.
111. Központi Statisztikai Hivatal. Népszámlálás 2001, 6. Területi adatok; 6.20. Zala Megye; II. kötet, KSH, Budapest, 2002.
112. Kulcsár Zs. Egészség és személyiség. Oktatási segédanyag. ELTE, BTK, Pszichológia Szak, 1998: 30-39.
113. Lampé L, Papp Z. Szülészet –Nőgyógyászat Részletes nőgyógyászat 3 kötet. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1992: 148-162.
114. Lehoczky O. (1997) A hazai rákszűrés helyzete, lehetőségei, buktatói. Magyar Nőorvosok Lapja, 60(2): 133-136.
115. Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. (2005) Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. Soc Sci Med, 61 (12): 2528–2535.
116. Masak L, Plesko I. (2007) Report of Eurochip -2 action in Slovakia. Cervical carcinoma screening program in Slovakia.
http://www.tumori.net/eurochip/material/Report/EUROCHIP2_Final_report/Annex_15c_EUROCHIP-Slovakia_cervical_screening.pdf (2009.07.30)

117. Matarazzo JD. (1980) Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35: 807-817.
118. Mata Zs, Nagy A, Bakonyi T. (2003) Egészségfejlesztés az ápolásban II. *Nővér* 16(5): 24-27.
119. Matejka Zs, Kiss N. (2006) A lakossági szűrések hatékonyságának és azajánlható célcsoportok meghatározásának EBM alapú irodalmi összefoglalója. Budapest, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet.
http://vega.medinfo.hu/new3/politika/zip_doc_2006/lakossagi_szuresek.pdf
 (2008.03.27)
120. McFarland DM. (2003) Cervical cancer and Pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review*, 50(3): 167-175.
121. Meleg Cs. (2002) Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 1: 11–28.
122. MESZK. (2006): Védőnők a méhnyakrákszűrésért.
<http://www.meszk.hu/index.php?content=149> (2008.06.07.)
123. Mullins R, Wakefield M, Broun K. (2008) Encouraging the right women to attend for cervical cancer screening: results from a targeted television campaign in Victoria Australia. *Health Educ Res*, 23(3): 477–486.
124. Muszbek N, Koncz TV, Hajdú P, Ádány R. (2002) Daganatos betegségek korai felismerésére irányuló populációs szintű szűrőprogramok egészség-gazdaságtani elemzése –Rendszerezett irodalmi áttekintés. *Magyar Onkológia*, 46(2): 119-129.
125. Molnár E. (2001) Ápolók egészségi állapota. *Nővér*, 15(4): 4-10.
126. Nagymajtényi L. (2007): *Epidemiológia*. SZTE GTK.
http://www.szote.u-szeged.hu/puhe/doksi/gtk_epid.rtf (2008.06.07.)
127. Naidoo J, Wills J. *Egészség-megőrzés*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 1999: 17-18.
128. Németh A, Irinyi T (2009) Egészségügyi szakdolgozók egészség-magatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében. *Nővér*, 22(4): 32-38.
129. Németh K. (2003) A daganatok szűrésének lehetőségei hazánkban. *Nővér*, 16(2): 3-10.

130. Németh K, Szabó L, Dér A, Karamánné PA. (2005) Magyarországon és az Amerikai Egyesült Államokban működő szervezett daganatszűrő programok ajánlásai. *Nővér*, 18(5): 28-38.
131. Népegészségügyi Kormány megbízotti Iroda: Kommunikációs anyagok. http://www.liliom.nepegeszseg.net/kommunikacios_anyag1.html (2008.03.12.)
132. OECD. (2007) Health at a Glance 2007. OECD Indicators.
133. Országos Tisztifőorvosi Hivatal méhnyakszűrési Munkacsoport. (2004) Lakossági méhnyakszűrés az „Egészség Évtizede” program keretében: törekvések a nőgyógyászati rákszűrés korszerűsítésére Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 145 (1): 35-40.
134. Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG. (2008.a) I do not need to... I do not want to... I do not give it priority... – why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expect*, 11(1): 26–34.
135. Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG. (2008.b) Nonattendance in a Cervical Cancer Screening Program-What Happens if Women’s Requirements Are Met? *Health Care for Women International*, 29: 183–197.
136. OSZMK (2007) MikroLEF 2007. <http://193.225.50.35/index.php?m=230>(2010.03.15)
137. Ottó S. (2003) Cancer epidemiology in Hungary and the Johan Béla National Programme for the Decade of Health Cancer Epidemiology in Hungary and the Béla Johan National Program for the Decade of Health. *Pathol Oncol Res*, 9(2): 126-130.
138. Paksy A. Epidemiológia. In: Balázs P (szerk.), Népegészségtan. Budapest, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2004: 88-90.
139. Pálfiné SZI, Teknős M, Oláh A, Németh K, Betlehem J. (2009) Egészség határok nélkül. *Nővér*, 22(1): 13-23.
140. Pál K, Császár J, Huszár A, Bognár J. (2005) A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában. *Új Pedagógiai Szemle*, 6: 25-32.
141. Papanicolaou GN. (1954) Atlas of Exfoliative Cytology. Cambridge, Massachusetts.
142. Papanicolaou GN. (1928) New Cancer Diagnosis. Proceedings of the Third Race Betterment Conference, January 2-6. 1928: 528-534.

143. Papanicolaou GN, Stockard CR. (1917) The Existence of a Typical Oestrous Cycle in the Guinea Pig; with a Study of its histological and Physiological Changes. *Am J Anat*, 22: 225-283.
144. Papanicolaou GN, Traut H. *Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear*. New York, 1943.
145. Papanicolaou GN, Traut H. (1941) The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 42: 193-206.
146. Paplanos P. (2009) „Átszűrődő üzenetek“Liliom programok 2005 – 2008. www.euuzlet.hu/kommunikacio/2008/paplanos-peter.ppt (2010.02.05)
147. Papp Z. A női nemi szervek jó- és rosszindulatú daganatai (nőgyógyászati oncológia). in: Papp Zoltán (szerk.), *A szülészet-nőgyógyászat*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1999: 707-715.
148. Parkin M., Bray F, Ferlay J, Pisani P. (2005) Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer Journal of Clinicians*, 55(2): 74-108.
149. Pásztor K. (2006) Az egészségügyi dolgozók orvoshoz – fordulási szokásai. *Nővér*, 19(3): 3-9.
150. Patnick J. (2000) Cervical cancer screening in England. *Eur J Cancer*, 36(17): 2205-2208.
151. Patnick J. (2003) Cervical cancer screening " A WHO Európai Regionális Irodája és az Országos Tisztifőorvosi Hivatal "Lehetőségek a népegészségügyi szűrővizsgálatok lakossági igénybevételének fokozására" szeminárium. Budapest, 2003. január 14.
152. Pikó B. (2003) Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány*, 11: 1381-1390.
153. Pikó B. *Orvosi szociológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2006: 45-48.
154. Popper P. *Az orvosi pszichológia alapkérdései*. SOTE Orvopszichológiai oktatási csoport, Budapest. 1983: 94-95.
155. Radecki C, Pearson HC, Breitkopf DM. (2005) Poor Knowledge Regarding the Pap Test Among Low-Income Women Undergoing Routi. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(2): 78-84.

156. Renner SF. Düsseldorfer Krebsvorsorge Studie (DKVS): Beurteilung des Erkrankungsrisikos und der Akzeptanz von Prävention für Mamma- und Genitalcarcinome. Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. 2001: 20-22.
157. Rosenstock IM. (1974) Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2: 1-8.
158. Rosenstock IM. (1966) Why people use health services? *Millbank Memorial Bank Quarterly*, 44: 94-127.
159. Ross CE, Wu C. (1995) The link between education and health. *ASR*, 6: 719-745.
160. Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, Kopp M. (2003) A középkorú magyar népesség egészségi állapota: a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Pszichiatria Hungarica*, 2: 83-94.
161. Sajos L, Mitev A. *SPSS Kutatási és adatelemzési Kézikönyv*. Budapest, Alinea Kiadó, 2007: 245-283.
162. Sándor J, Kiss I, Ember I, Szücs M, Boncz I, Sebestyén A, Kiss A. (2003) Méhnyak- és emlőrákszűrés a magyarországi kistérségekben. *LAM*, 13(4): 310-316.
163. Sankila R, De´maret E, Hakama M, Lynge E, Schouten LJ, Parkin DM, for the European Network of Cancer Registries. (2000) Evaluation and Monitoring of Screening Programmes. Brussels, Luxembourg: European Commission, Europe Against Cancer Programme.
164. Sarafino EP. (1990) *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. Wiley, New York.
165. Sarver VT. JR. (1983) Ajzen and Fishbein~s „Theory of Reasoned Action”: A critical Assessment. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 13: 155-163.
166. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, Cohen C. (2002) American Cancer Society Guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA- Cancer J Clin*, 52: 342–362.
167. Schenck U, Karsa L. (2000) Cervical cancer screening in Germany. *Eur J Cancer*, 36(17): 2221-2226.

168. Schiffman M, Castle PE. (2005) The Promise of Global Cervical-Cancer Prevention. *N Engl J Med*, 353: 2101-2104.
169. Schifter DE, Ajzen I. (1985) Intention, perceived control, and weight loss: an application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3): 843-851.
170. Seidel D, Becker N, Rohrman S, Nimptsch K, Linseisen J. (2009) Socio-demographic characteristics of participation in the opportunistic German cervical cancer screening programme: results from the EPIC-Heidelberg cohort. *J Cancer Res Clin Oncol*, 135: 533–541.
171. Siahpush M, Sing GK. (2002) Sociodemographic predictors of pap test receipt, currency and knowledge among Australian women. *Prev. Med*, 35(4): 362-368.
172. Siebert U, Sroczynski G, Hillemanns P, Engel J, Stabenow R, Stegmaier C, Voigt K, Gibis B, Hölzel D, Goldie SJ. (2006) The German Cervical Cancer Screening Model: development and validation of a decision-analytic model for cervical cancer screening in Germany. *Eur J Public Health*, 16(2): 185–192.
173. Simon J. (1994) Az epidemiológia, megelőzés és szűrés helyzete a nőgyógyászati onkológia területén. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 57: Suppl 275-80.
174. Simon T. (2003) Az egészség alapja az egészségnevelés. *Természet Világa*, 134(2): 4-5.
175. Sirovich BE, Welch G. (2004) The frequency of Pap smear screening in the United States. *J Gen Intern Med*, 19(3): 243–250.
176. Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. (2005) Screening for cervical cancer: Will women accept less? *Am J Med*, 118(2): 151-158.
177. Smith R, Cokkinides V, Brawley OW. (2009) Cancer Screening in the United States, 2009: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Issues in Cancer Screening. *CA CANCER J CLIN*, 59: 27-41.
178. Sóbel G. Sejtkapcsoló fehérjék expressziós profilja a méhnyak praemalignus elváltozásaiban és méhnyakrákban. *Semmelweis Egyetem. Doktori értekezés*, 2009: 9-13.
179. Sóbel G, Páska Cs, Szabó I, Kiss A, Kádár A, Schaff Zs. (2005) Increased expression of claudins in cervical squamous intraepithelial neoplasia and invasive carcinoma. *Human Pathol*, 36: 162-169.

180. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T, Jr, Young N., Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. (2002) The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 287(16): 2114–2119.
181. Statistik Austria. *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2005*. Wien: Statistik Austria; 2007.
182. Szeverényi P. Orvos -beteg kapcsolata és a kommunikáció. in: C.Molnár E, Füredi J, Papp Z: Szülészeti-Nőgyógyászati Pszichológia és Pszichiátria. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest, 2006: 105-112.
183. Szeverényi P, Kovácsné TZS, Forgács A. (1998) A nem jelentősége nőgyógyász és betegek kapcsolatában. *Orvosi Hetilap*, 139(4): 2581-2585.
184. Széll K. Egészségügyi Etika. POTE Egészségügyi Főiskola, Pécs, 1995: 107-113.
185. Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Méhnyakrák.
<http://www.eum.hu/download.php?docID=2400> (2008.06.19)
186. Tényi J, Sümegi Gy. (1997) Egészségfejlesztés – egészségnevelés. POTE, Pécs.
187. The Council of the European Union. (2003) Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. *Off J Eur Union*, 878: 34–38.
188. Tringer L. (2002) A mentális betegségek megelőzésének és ellátásának korszerű szemlélete. *Orvostovábbképző Szemle*, 9: 12–21.
189. Tung WC, Nguyen DHT, Tran T. (2008) Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women. *International Nursing Review*, 55: 73–80.
190. Verma V (2001) Leslie Kish: development of statistics internationally. *Proceedings of Statistics Canada Symposium 2001. Achieving Data Quality in a Statistical Agency: A Methodological Perspective*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-522-x/2001001/session4/6242-eng.pdf>. (2009.12.20)
191. Vingender I. Szociológia. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 2001: 154.
192. Virányi I, Zrínyi M, Baráthné KÁ. (2001) Ápolás és informatika: megbízhatóság és validitás két attitűd skála hazai adaptálása kapcsán. *Nővér*, 5 (szuppl.). www.medinfo.hu/weblap/nover/novindex.htm. (2008.05.25.)

193. Urbán R. (2001) Útban a magatartásszempontról egészségpszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. Magyar Pszichológiai Szemle, 56(4): 593-622.
194. Wain GV. (2006) Cervical cancer prevention: the saga goes on, but so much has changed! MJA, 185(9): 476-477.
195. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. (2008) Cervical Cancer Screening Attitudes and Beliefs of Malaysian Women who have Never had a Pap Smear: A Qualitative Study. International Journal of Behavioral Medicine, 15: 289-292.
196. World Health Organization. (2007) Strengthening cervical cancer prevention in Europe Meeting of policy-makers and programme managers. Copenhagen. Denmark, 29-31 May 2007. Report. <http://www.euro.who.int/document/e90992.pdf> (2009.06.12)
197. Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ; ASCCP-Sponsored Consensus Conference. (2002) 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA, 287(16): 2120-2129.
198. Zalaegerszeg Megyei Jogú Város Egészségterve. http://www.zalaegerszeg.hu/zegportal/document/7/0/4/6/doc_url/egeszsegterv_2007.pdf (2010.03.01.)
199. Záray L, Paplanos P, Fehér M. (2009) Gazdasági társaságok társadalmi szerepvállalása a népegészségügyben-Innováció az egészségfejlesztésben. Népegészségügy, 86(2): 38-43.
200. Zechmeister I. (2007) Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papilloma-viren (HPV-Impfung) in Österreich. http://public-health.medunigraz.at/archiv/artikel/HPV_Impfung_Neu_2008/HPV_Studie_%20LB_Langfassung.pdf (2009.05.17.)

14. Saját közlemények

Az értekezéshez kapcsolódó közlemények:

Tudományos cikk

1. **Karamánné Pakai A**, Dér A, Németh K. (2005) Nők prevenciók lehetőségeinek ismerete a nőgyógyászat körében, Magyarországon. *Nővér*, 18(5): 16-23.
2. Németh K, Szabó L, Dér A, **Karamánné Pakai A**. (2005) Magyarországon és az Amerikai Egyesült Államokban működő szervezett daganatszűrő programok ajánlásai. *Nővér*, 18(5): 28-38.
3. **Karamánné Pakai A**, Németh K, Fekete J, Dr. Mészáros L, Dér A, Doms R, Ponyókay S, Mák E, Bujtor A, Domján P, Dr. Balázs P. (2008) A méhnyakrák-szűrés eredményességét befolyásoló tényezők-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 21 (2): 3-9.
4. **Karamánné Pakai A**, Mák E, Németh K, Dér A, M. Szögedi I. (2008) A táplálkozás és a szűrővizsgálatok jelentősége a nőgyógyászati daganatok megelőzésében. *Új Diéta*, 2: 4-5.
5. **Karamánné Pakai A**, Németh K, Mészáros L, Dér A, Balázs P. (2008) A méhnyakrákszűrés hatékonyságának vizsgálata Zala megyében. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 46(4): 43-48.
6. **Karamánné Pakai A**, Németh K, Dér A, Kriszbacher I, Mák E, Mészáros L, Lampek K, Oláh A, Balázs P. (2008) A szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata a magyar nők körében. *Orvostudományi Értesítő (Románia)*, 81(4): 271-275.
7. **Karamánné Pakai A**, Németh K, Kriszbacher I, Dér A, Lampek K, Mészáros L, Betlehem J, Balázs P. (2009) A szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata a Nyugat-dunántúli Régióban élő nők körében. *Magyar Epid*, 6(1): 9-20.
8. **Karamán Pakai A**, Ramona D, Schäfer J, Vizsralek B, Dér A, Szili K, Balázs P. (2009) A méhnyakrák-szűrésen való részvételt befolyásoló tényezők ápolók körében. *Acta Sana*, 4(2): 6-14.

9. **Karamánné Pakai A**, Németh K, Kriszbacher I, Dér A, Szabóné Szöllősi M, Lampek K, Oláh A, Balázs P. (2009) Miért nem élnek a nők a felkínált lehetőséggel? – avagy a szervezett méhnyakrák-szűrés távolmaradás okainak vizsgálata zalaegerszegi női lakosság körében. *Ápolásügy*, 23(1): 14-16.
10. **Pakai A**, Dér A, Kriszbacher I, Németh K, Zsigmond E, Balázs P. (2010) Why don't Hungarian women take part in organized cervical screening? *New Medicine*, 1(14): 27-30.
11. **Пакаи А**, Дер А, Крисбахер И, Немет К, Месарош Л, Мак Е, Ђалаж П. (2010) Испитивање успешности систематских гинеколошких прегледа код Мађарица организованих у оквиру Националног програма. *ЗБОРНИК, МАТИЦЕ СРПСКЕ ЗА ДРУШТВЕНЕ НАУКЕ*, Матица Српска, Нови Сад, 405-414.

Idézhető absztrakt:

1. **Karamán Pakai A**, Németh K, Dér A, Mészáros L, Balázs P. (2008) Nemzeti Program keretén belül megszervezett méhnyakrák-szűrés motivációjának vizsgálata Zala Megyében. *Népegészségügy*, 86(1): 62.
2. **Pakai A**, Németh K, Kriszbacher I, Dér A, Lampek K, Boncz I, Zsigmond E, Balázs P. (2009) Evaluation of the efficacy of the population-based cervical cancer screening in Hungary. *Value Health*, 12 (7): A259.

Értekezéstől független közlemények

Könyv, könyvfejezet:

1. Dér A, Czucz P, **Karamánné Pakai A**. (szerk) Diagnosztika-terápia. Gyakorló ápolók részére. Kórházi Közmunkaprogram. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 2009.
2. Dér A, **Karamánné Pakai A**, Németh K. (szerk) Betegmegfigyelés/ Monitorozás. Gyakorló ápolók részére. Kórházi Közmunkaprogram. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet. Budapest, 2009.

3. **Karamánné Pakai A**, Dr. Oláh A. (szerk) Vizsgálatok, terápiás eljárások. Ápolási asszisztensek részére. Kórházi Közmunkaprogram. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest, 2009.

Tudományos cikk

1. Peterka G, **Karamánné Pakai A**, Dér A, Dancsné Balogh K, Czömpöl O, Bujtor A. (2005) Igényfelmérés Zala Megyében az egészségi állapotot otthon monitorozó készülék kifejlesztéséhez. Orvos- és Kórháztechnika, 43(5): 137-141.
2. **Karamánné Pakai A**, Peterka G, Dér A, Bujtor A, Dancsné Balogh K, Czömpöl O. (2006) Egy kifejlesztés alatt álló otthon monitorozó készülék iránti igények felmérése Zala megyében. Nővér, 19(5): 30-37.
3. Németh K, Dér A, **Karamánné Pakai A**. (2006) Az ápoló, mint egészségfejlesztő. Nővér, 19 (1):19-27.
4. Mák E, Gaál B, Vassanyi I, **Karamánné Pakai A**, Szabolcs I. (2008) Egészségügyi szoftverek mesterséges intelligenciával -étrendtervező szoftver. Magyar Orvos, 16(11): 36-38.
5. Link Zs, Bujtor A, Vincze E, Dér A, Mák E, Németh K, **Karamánné Pakai A**. (2008) Élet a változó kor után. Nővér, 21(6): 21-28.
6. Dér A, **Karamánné Pakai A**, Németh K, Marx Gy, Papp E, Jakabfyné Sági G, Mák E, Vattay P. (2009) Krónikus stressz vizsgálata profitorientált munkahelyen dolgozók körében. Magyar Orvos, 17(1): 36-40.
7. Németh K, **Karamánné Pakai A**, Szalai Tné, Dér A, Oláh A, Kornya L. (2009) Megküzdési mechanizmusok malignus betegségekben szenvedő pácienseknél. Ápolásügy, 23(2): 13-16.
8. Matyus A, Gabara K, Németh K, **Pakai A**, Gazdag L. (2009) Az évszakos, heti és napi ritmus változása szívinfarktuson átesett diabeteszes betegek körében. Ápolásügy, 23(2): 11-13.
9. Dér A, **Karamánné Pakai A**, Németh K, Kovács Gy, Lantos Zs, Köbli M. (2009) A krónikus stressz jelentősége” nagyrizikójú” munkahelyen dolgozóknál és a körükben tapasztalható magas vérnyomás betegségben. Ápolásügy, 23(4): 11-15.

10. Németh K, Szalai T, **Karamánné Pakai A**, Dér A, Kornya L, Gazdag L, Farkas Sz, Pálfiné Sz I. (2009) Társas támogatás szerepe a malignus emlőtumorokban szenvedő páciensek megküzdésében. Magyar Epidemiológia, 6(3): 205-216.
11. Zsigmond E, Kriszbacher I, Dér A, Bujtor A, Betlehem J, **Karamánné Pakai A**. (2010) Wellness állapot demográfiai jellemzők tükrében. Nővér, 23(2): 4-15.
12. Mák E, Tóth T, **Karamánné Pakai A**, Fehér Fné. (2010) Az ételcsoportosítás új rendszere. Új Diéta, 3-4: 30-31.
13. Mák E, Gaál B, Németh I, Tóth T, Dér A, **Karamánné Pakai A**, Szabolcs I.(2010) Táplálékallergiás betegek diétázási feltételeinek javítása mesterséges intelligenciával működő tanácsadó szoftver kifejlesztésével. Orvostudományi Értesítő (Románia), 83(4): 253-256.
14. Németh K, Kállai J, Tiringer I, Mangel L, Farkas Sz , Dér A, Balázs P, Pálfiné Szabó I, **Pakai A**. (2011) The Relationship of Coping Mechanisms and Social Support Among Hungarian Women Suffering from Malignant Breast Cancer. New Medicine,1:6-9.

Idézhető absztrakt:

1. Németh K, **Pakai A**, Dér A, Szalai T, Kornya L, Koppán A, Gazdag L, Kriszbacher I. (2008) Alkalmazott coping stratégiák malignus nőgyógyászati tumorban szenvedő pácienseknél. Magyar Epidemiológia, 5 (2): 161-162.
2. Németh K, **Karamánné Pakai A**, Kriszbacher I, Pálfiné Dr. Szabó I, Kerekes Zs, Dér A, Szalai T, Bognár A, Kállai J. (2008) Betegségfeldolgozás és megküzdés rosszindulatú daganatban szenvedő pácienseinknél. Orvostovábbképző Szemle, különszám, november. O25.
3. Dér A, **Pakai A**, Németh K, Kriszbacher I, Zsigmond E, Boncz I, Vattay P. (2009) Measure ment of chronic stress between people working in profit-oriented environment. Value Health, 12 (7): A353-354.

15. Köszönetnyilvánítás

Mindenekelőtt köszönetemet fejezem ki témavezetőmnek, *Dr. Balázs Péternek*. Személyében a jószándékú, segítőkész mentort ismerhettem meg, aki szakmai intellektusával, konstruktív kritikai észrevételeivel, s nem utolsó sorban szakmai tapasztalatának megosztásával irányította tudományos munkámat. Köszönetemet fejezem ki a PTE Egészségtudományi Kar Vezetőségének, *Bódis József Professzor Úrnak*, *Dr. Kriszbacher Ildikó Docens Asszonynak*, *Boncz Imre Professzor Úrnak*, *Zsigmond Editnek* a PTE ETK ZKK Igazgatójának és *Dr. Oláh Andrásnak* a PTE ETK Ápolástudományi Tanszék Vezetőjének, hogy tanulmányaim elvégzését messzemenően támogatták. Köszönetet mondok *Mészáros Lajos Professzor Úrnak*, aki a doktori tanulmányaim megkezdésétől szakmai segítség nyújtásával folyamatosan támogatta kutató munkámat. Köszönöm *Dér Anikónak*, *Németh Katalinnak*, *Mák Erzsébetnek*, barátaimnak, a biztatását, a segítségnyújtását és azt, hogy mindvégig szeretettel voltak irántam. Köszönettel tartozom *Domján Erzsébetnek* és *Szabóné Simon Beátának*, a PTE ETK ZKK könyvtárosainak, akikhez a szakirodalmi kutatás során felmerülő problémáimmal mindig bizalommal fordulhattam, és önzetlen segítségnyújtással hozzájárultak a kutatásom szakirodalmi háttérének bővítéséhez. Hálás szívvel fejezem ki köszönetemet *Sylvia Ponyokay* Queensland North Arm városi kórház ápolójának és *Ramona Doms* „Stralsund Ápolói Szolgálat” vezetőjének, hogy szakmai tanáccsal egybekötve segítettek a kérdőívem fordításában, a későbbiekben annak kiosztásában. Külön köszönöm *Jürgen Schäfernek*, a Frankfurti Diakonie Klinika vezetőjének és *Vizsralek Beáta* egyetemi okleveles ápolónak a szakmai támogatást, és hogy lehetővé tették a német kérdőív kiosztását. Köszönöm *Monok Katának*, a kutatási adatok értékelésében, matematikai statisztikai feldolgozásában és a többváltozós statisztikai elemzésben nyújtott értékes támogatását. Köszönöm *Nagy Istvánnénak* a támogató segítségét. Végül, de nem utolsósorban hálás szívvel köszönöm a Családomnak, elsősorban *Férjemnek*, *Gyermekeimnek*, hogy kitartottak mellettem, türelemmel és megértéssel támogatták munkámat. Köszönettel tartozom a *férjem szüleinek* a sok segítségért, a támogatásért, hogy a tanulmányaimat nyugodt szívvel tudjam végezni. Köszönettel tartozom *édesanyámnak* és elhunyt *édesapámnak*, akik annak idején lehetővé tették számomra a tanulást, a szakmai pályámon való elindulást, s ha távolból is, de mindig mellettem álltak.

Melléklet